



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

O IMPACTO DA CAPACITAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA NA PESSOA SUBMETIDA A ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA

Sandra Cristina Ferreira Amaro



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Sandra Cristina Ferreira Amaro

O IMPACTO DA CAPACITAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA NA PESSOA SUBMETIDA A ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA

Mestrado de Enfermagem de Reabilitação

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Clara Araújo

Julho de 2019

RESUMO

A artrose da anca, afigura-se como uma doença do sistema músculo-esquelético de carácter degenerativo, que aumenta com a longevidade da população, atingindo a articulação coxofemoral. Sendo uma doença de carácter progressivo, o tratamento conservador é por vezes ineficaz sendo indispensável o avanço para a Artroplastia Total da Anca (ATA), cujos objetivos passam por erradicar a dor, aumentar a amplitude do movimento e melhorar o estado funcional.

O EEER deve promover intervenções preventivas, para assegurar que os doentes conservam as capacidades funcionais, e evitar mais incapacidade e morbilidade. Desta forma, surge a necessidade da capacitação pré-operatória das pessoas submetidas a ATA, que tem sido defendida como um aspeto fundamental do plano de reabilitação, em que o êxito ATA depende do conhecimento e do ensino proporcionado à pessoa.

O objetivo dos cuidados de enfermagem deverá ser o de capacitar as pessoas, de forma a que estas se sintam mais competentes, independentes e seguras em relação às suas capacidades. Com base nestes pressupostos, emergiu a questão de investigação “Qual o impacto da capacitação pré-operatória na pessoa submetida a ATA?”, cujos objetivos visam analisar o impacto da capacitação pré-operatória na pessoa submetida a artroplastia total da anca; descrever as diferenças da capacitação da pessoa submetida a ATA resultantes de um Programa de Reabilitação, comparativamente à pessoa que não teve e analisar a perceção da pessoa com ATA, relativamente ao Programa de Reabilitação (PR) instituído, de forma a obter respostas específicas na área da enfermagem de reabilitação.

Em consonância com os objetivos traçados, optou-se por uma abordagem quanti-qualitativa, num estudo descritivo e transversal, mediante um plano de entrevista estruturado em 4 blocos: dados sociodemográficos; dados clínicos; *checklist* de avaliação da capacitação e 2 questões abertas relacionadas com a perceção da capacitação. A entrevista realizada, foi aplicado a 30 pessoas submetidas a ATA, divididas em dois grupos, um grupo de intervenção (GI) e um grupo de não intervenção (GNI).

Os resultados alcançados indicam que as pessoas que foram capacitadas no pré-operatório com o PR, obtiveram mais ganhos em saúde comparativamente ao GNI. Infere-se que o grupo capacitado através de um PR, obteve um ganho efetivo na aquisição de competências relacionados com posicionamento, mobilização e deambulação com canadianas, tendo a capacitação pré operatória assumido um papel fulcral na obtenção destes resultados.

Palavras chave: Artroplastia; programa de reabilitação; capacitação; enfermagem de reabilitação

ABSTRACT

Hip arthrosis appears to be a disease of the degenerative muscle-skeletal system, which increases with the longevity of the population, reaching the hip joint. As a progressive disease, conservative treatment is sometimes ineffective, and progress towards total hip arthroplasty is essential. Its goals are to eradicate pain, increase the range of motion and improve functional status.

The Rehabilitation Specialist Nurse should promote preventive interventions not only to ensure that patients retain functional capabilities but also to prevent further disability and morbidity. Thus, there is a need for the preoperative training of people undergoing Total hip arthroplasty, which has been advocated as a fundamental aspect of the rehabilitation plan, in which the success of total hip replacement surgery depends on the knowledge and teaching provided to the person.

The goal of nursing care should be empower people so that they feel more competent, independent and self-reliant in their capacities. Based on these assumptions, the research question "What is the impact of preoperative training on Total hip arthroplasty?" emerges. The objectives of this research are: analyze the impact of preoperative training on the person undergoing total hip arthroplasty; describe the differences in Total hip arthroplasty person training resulting from a Rehabilitation Program compared to the person who did not have and analyze the perception of the person with Total hip arthroplasty, regarding the Rehabilitation Program instituted, to obtain specific answers in rehabilitation nursing.

In accordance with the objectives outlined, a qualitative approach was chosen, through a non-experimental, descriptive and transversal research design, through an interview plan structured in four blocks: sociodemographic data; clinical data; evaluation checklist and 2 open questions related to the perception of training. The interview was performed, applied to 30 people submitted to total hip arthroplasty, divided into two groups, one intervention group (GI) and one non-intervention group (GNI).

The results indicate that people who were trained in the preoperative period with the Rehabilitation Program obtained more health gains compared to the non-intervention group. It is inferred that the group trained through a rehabilitation programs, obtained an effective gain in the acquisition of skills related to positioning, mobilization and ambulation with crutches, and the preoperative training assumed a central role in obtaining these results.

Keywords: arthroplasty; rehabilitation program; empowerment; Rehabilitation nursing

AGRADECIMENTOS

O meu agradecimento a todas as pessoas que permitiram a concretização desta investigação, em particular:

À professora Doutora Clara de Araújo, pela orientação, incentivo, disponibilidade neste percurso;

Ao Enfermeiro Especialista em Reabilitação David Sousa, pela sua colaboração e amizade ao longo deste estudo;

A todos os participantes, que tornaram possível a execução desta investigação;

À minha família, pelo apoio incondicional.

Um sincero Obrigado!

ABREVIATURAS E SIGLAS

ATA – artroplastia total da anca

AVD – atividades de vida diária

DGS – direção geral de saúde

DP – desvio padrão

EEER – Enfermeiro Especialista em Reabilitação

GI – grupo de intervenção

GNI – grupo de não intervenção

IMC – índice de massa corporal

Kg- quilograma

M – média

m – metros

OA – Osteoartrose

OE – Ordem dos enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PR – programa de reabilitação

PTA – Prótese total da anca

SUMÁRIO

RESUMO.....	III
ABSTRACT.....	IV
AGRADECIMENTOS.....	V
ABREVIATURAS E SIGLAS.....	VI
ÍNDICE DE FIGURAS.....	IX
ÍNDICE DE QUADROS.....	X
ÍNDICE DE TABELAS.....	XI
INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I – DA ARTROSE À REABILITAÇÃO DA PESSOA SUBMETIDA A ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA.....	16
1. A artrose da anca – Uma doença do envelhecer.....	17
2. A artroplastia da anca – Um tratamento para a pessoa com artrose da anca	22
3. A recuperação funcional da pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca	27
CAPÍTULO II – A CAPACITAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE E REABILITAÇÃO DA PESSOA COM ARTROPLASTIA TOTAL DA ANCA	33
1. A promoção da Saúde na perspetiva da capacitação da pessoa	34
2. A intervenção do EEER na capacitação pré operatória	36
3. O programa de reabilitação funcional.....	38
CAPÍTULO III - METODOLOGIA.....	42
1. Objetivos de estudo	43
2. Tipo de estudo	44
3. Contexto e participantes do estudo.....	45
4. Procedimentos de recolha de dados.....	46
5. Análise de dados	50
6. Aspetos éticos	50

CAPÍTULO IV –APRESENTAÇÃO e ANÁLISE DOS RESULTADOS	52
1. Caraterização da amostra – Dados sociodemográficos e clínicos.....	53
2. <i>Checklist</i> de avaliação da capacitação.....	57
3. Perceção das pessoas submetidas a ATA sobre o PR	61
CAPÍTULO V – INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	66
CONCLUSÕES	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77
ANEXOS.....	84
ANEXO I – Autorização da Comissão de Ética para a Saúde	85
ANEXO II – Autorização do Diretor de Serviço de Ortopedia	88
APÊNDICES.....	90
APÊNDICE I – Plano de Entrevista.....	91
APÊNDICE II – Consentimento Informado.....	95
APÊNDICE III – Matriz de redução de dados.....	97

INDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 – Processo de execução do PR	39
Figura 2 – Desenho de investigação	48
Figura 3 – Processo de planeamento do PR	49

INDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 – Programa de Reabilitação	40
Quadro 2 – Análise das áreas temáticas, categorias e subcategorias	63

INDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 – Distribuição dos utentes (GI e GNI) em relação à idade	53
Tabela 2 – Distribuição dos utentes (GI e GNI) referente ao peso corporal	53
Tabela 3 – Distribuição dos utentes (GI e GNI) referente à altura.....	54
Tabela 4 – Distribuição dos utentes (GI e GNI) referente ao IMC	54
Tabela 5 – Distribuição dos utentes (GI e GNI) referente ao género e ao estado civil	54
Tabela 6 – Distribuição dos utentes (GI e GNI) relativamente às habilitações literárias, profissão e situação profissional	55
Tabela 7 – Distribuição dos utentes (GI e GNI) segundo o tempo de diagnóstico da artrose da anca.....	56
Tabela 8 – Distribuição dos utentes (GI e GNI) referente ao conhecimento sobre a artrose da anca.....	56
Tabela 9 – Distribuição dos utentes (GI e GNI) relativamente ao conhecimento sobre a ATA	56
Tabela 10 – Distribuição dos utentes (GI e GNI) referente aos cuidados a ter após colocação de ATA.....	56
Tabela 11 – Distribuição dos utentes (GI e GNI) relativamente a serem portadores de ATA prévia à cirurgia	57
Tabela 12 – Distribuição dos utentes (GI e GNI) referente ao número de dias de internamento.....	57
Tabela 13 – Distribuição dos utentes (GI e GNI) referente à avaliação da <i>Checklist</i> relativo ao posicionamento e mobilização	58
Tabela 14 – Distribuição dos utentes (GI e GNI) referente à avaliação da <i>Checklist</i> relativo ao levantar-se da cama	59
Tabela 15 – Distribuição dos utentes (GI e GNI) referente à avaliação da <i>Checklist</i> relativo ao deambular com canadianas	60

Tabela 16 – Distribuição dos utentes (GI e GNI) referente à avaliação da <i>Checklist</i> relativo ao subir e descer escadas	60
---	----

Tabela 17 – Distribuição dos utentes (GI e GNI) referente à avaliação da <i>Checklist</i> relativo ao sentar e levantar	61
--	----

INTRODUÇÃO

Com o aumento da longevidade da população, as afeções do sistema músculo-esquelético têm aumentado e, por vezes, não se tornam alvo de grande atenção, pois são consideradas alterações normais do processo de envelhecimento.

Capazes de desencadear incapacidade no idoso e prolongando-se para o resto da vida, as doenças músculo-esqueléticas são consideradas doenças crónicas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a doença crónica tem uma ou mais das seguintes características: é permanente, produz incapacidade/deficiências residuais, é causada por alterações patológicas irreversíveis, exige uma formação especial da pessoa com doença para a reabilitação e pode exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados (OMS, 2005).

Deste modo, a pessoa idosa, perante a doença crónica, necessitará de alterar hábitos de vida e, muitas vezes, aderir a tratamentos medicamentosos, além de conviver com a incapacidade, se o controlo da patologia não tiver sucesso, condicionando certas atividades do idoso. A artrose da anca, também denominada de coxartrose, afigura-se como uma doença do sistema músculo-esquelético de carácter degenerativo que atinge a articulação coxofemoral.

Cunha (2008) refere que a cartilagem da cabeça do fémur, assim como do acetábulo, com o aumento da longevidade das pessoas, sofre desgaste, ficando o osso exposto e em contacto direto, sem proteção da cartilagem, resultando uma distorção das superfícies articulares. A osteoartrose (OA) afeta 10% da população acima dos 60 anos e é a doença articular com maior prevalência no mundo. A articulação da anca, quando comprometida pela OA, evolui para a incapacidade total com indicação cirúrgica.

Em 2020 será a quarta causa de incapacidade e a terceira responsável pela perda de anos de vida e o motivo de maior restrição funcional e social, provocando incapacidade temporária ou definitiva para o trabalho. Em Portugal existe cerca de meio milhão de pessoas com artrose, afetando similarmente ambos os géneros, após os 50 anos existe um predomínio das mulheres (Queiroz, 2011).

A dor, a inatividade, os sintomas relacionados com a idade avançada e a sua influência na marcha são as suas principais manifestações, apresentando-se incapacitantes para a realização das atividades de vida diária. Sendo uma doença de carácter progressivo, o tratamento conservador é, por vezes, ineficaz, sendo indispensável o avanço para a cirurgia.

A ATA consiste na substituição da articulação da anca por uma prótese, cujos objetivos passam por erradicar a dor, aumentar a amplitude do movimento e melhorar o estado

funcional (Maxey e Magnusson, 2007), de modo a restabelecer a forma da articulação, devolver a estabilidade e a mobilidade da pessoa. Apesar de ser uma das intervenções cirúrgicas com melhores resultados na recuperação funcional do doente (Parente *et al.*, 2009), a ATA gera instabilidade ao nível da anca, impondo à pessoa a adoção de determinadas medidas preventivas, assumindo o enfermeiro de reabilitação um papel crucial em todo o processo.

É da competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) promover intervenções preventivas, não só para assegurar que os doentes conservem as capacidades funcionais, mas também para evitar mais incapacidade e morbilidade, para prevenir complicações e para defender o seu direito à qualidade de vida, à socialização e à dignidade.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011) defende a capacitação da pessoa para um elevado nível de funcionalidade, especialmente no que se refere às funções do corpo, à atividade e participação da pessoa, proporcionando o direito à dignidade e à qualidade de vida. Assim, reconhecemos a pertinência de se adequarem estratégias de intervenção às necessidades e ou dificuldades percecionadas pela pessoa submetida a ATA, no sentido de otimizar o seu processo de reabilitação e alcançar os resultados esperados.

A capacitação pré-operatória da ATA tem sido uma temática abordada e defendida como um aspeto fundamental do plano de reabilitação (Ball, Wroe e MacLeod, 1986, citados por Kisner e Colby, 2016). O êxito da cirurgia de colocação de Prótese Total da Anca (PTA) depende fortemente do conhecimento e do ensino proporcionado à pessoa (Parente *et al.*, 2009).

A responsabilidade de capacitar a pessoa submetida a ATA com novas habilidades e competências necessárias ao cuidado e recuperação da autonomia da pessoa, é principalmente assumida pelo enfermeiro.

Deste modo, o objetivo dos cuidados de enfermagem deverá ser o de capacitar as pessoas de forma a criar oportunidades para que se sintam mais competentes, independentes e autoconfiantes em relação às suas capacidades para irem de encontro às suas necessidades.

Os cuidados de reabilitação são primordiais no período pré e pós-operatório, contribuindo para uma recuperação em tempo útil das funções da articulação afetada, bem como a aquisição da independência para a realização das Atividades de Vida Diária (AVD) (Parente *et al.*, 2009).

A importância do estudo de investigação e da intervenção do Enfermeiro de Reabilitação ao nível da capacitação pré-operatória no doente submetido a ATA, está relacionada com

o conhecimento e ensino proporcionado ao doente. Deste modo, surge a questão de investigação à qual pretendemos dar resposta com este estudo: Qual o impacto da capacitação pré-operatória nas pessoas submetidas a artroplastia total da anca?

Desta pergunta de partida que norteou o estudo de investigação, equacionou-se o objetivo geral: analisar o impacto da capacitação pré-operatória na pessoa submetida a ATA, com a finalidade de contribuir para a qualidade de vida e saúde destas pessoas.

O presente trabalho está organizado em cinco capítulos. Nos dois primeiros capítulos, é ostentado o estado da arte com respetivo enquadramento da temática. Relativamente ao terceiro capítulo é exposto o procedimento metodológico, no quarto capítulo é efetuada a apresentação e análise dos resultados. No quinto e último capítulo é realizada a interpretação dos resultados obtidos. Este estudo de investigação termina com as principais conclusões e sugestões que emergiram desta investigação.

**CAPÍTULO I - DA ARTROSE À REABILITAÇÃO FUNCIONAL DA PESSOA SUBMETIDA
A ATA**

Num trabalho de investigação é fundamental um enquadramento teórico, cuja elaboração permite efetuar uma revisão e organização dos conhecimentos prévios disponíveis sobre o tema. Esta deve ser realizada através de pesquisa de autores da temática em estudo delimitando desta forma o problema em causa. A revisão de literatura tem como finalidade resumir o estado da arte numa determinada área, independentemente da forma como é concretizada (Vilelas, 2017).

A primeira parte deste estudo de investigação, emerge da revisão bibliográfica efetuada do tema em estudo. Desta forma iniciamos com a temática da artrose da anca – uma doença do envelhecer, de seguida fez-se uma abordagem à artroplastia da anca como tratamento para a pessoa com artrose, bem como a recuperação funcional da pessoa submetida a ATA. Por fim, refletimos a importância da capacitação pré-operatória na promoção da saúde e reabilitação da pessoa com ATA.

1. A ARTROSE DA ANCA – UMA DOENÇA DO ENVELHECER

O envelhecimento progressivo das populações é um fenómeno que se faz sentir à escala mundial, o que determina novas necessidades sociais, económicas, políticas e educacionais, algumas delas comuns a todos os países e regiões, com características particulares, conduzindo inevitavelmente a experiências singulares de envelhecer.

A Europa, vivencia atualmente mudanças significativas na sua estrutura populacional. Os cidadãos europeus vivem atualmente vidas mais longas e com mais saúde. Entre 1990 e 2010 ocorreu um crescimento considerável de pessoas com mais de 65 anos por toda a União Europeia (Comissão Europeia, 2017).

Envelhecer não significa ser doente e dependente, sendo fundamental a desmistificação do conceito de envelhecimento. Contudo, a realidade tem revelado que os últimos anos de vida são, por vezes, acompanhados de doença e incapacidade, suscetíveis de serem frequentemente prevenidas.

O envelhecimento humano é um processo que se inicia ainda antes do nascimento e se desenvolve ao longo do ciclo vital, podendo ser definido como um processo de mudança progressiva da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos (Direção Geral da Saúde (DGS), 2004).

Com o envelhecimento da população, verifica-se um aumento exponencial de pessoas mais vulneráveis às doenças crónicas e às doenças degenerativas associadas à velhice (Amendoeira, 2004). Durante a velhice assiste-se, normalmente, a um acentuar dos estados patológicos, que se caracterizam por alterações progressivas no organismo, quer

a nível morfológico, quer a nível funcional, evidenciando-se uma menor capacidade de adaptação e o aumento do risco de morbilidade e probabilidade de morte.

Com o aumento da longevidade da população, as afeções do sistema músculo-esquelético têm aumentado e, por vezes, não se tornam alvo de grande atenção, pois são consideradas alterações normais do processo de envelhecimento. Contudo, julgamos que as modificações que ocorrem no indivíduo, para além de alterarem o funcionamento dos processos vitais, induzem a um declínio na capacidade funcional.

As doenças músculo-esqueléticas, sendo capazes de desencadear uma certa incapacidade no idoso, prolongando-se para o resto da vida, são consideradas doenças crónicas. Enquadra-se neste tipo de doenças, a artrose da anca, apesar de poder ser resolvida, através de cirurgia. O número de pessoas portadoras desta doença é cada vez maior, ocorrendo um prejuízo da função articular. Desta forma, o objetivo será o de solucionar o problema, reduzir a dor e, consequentemente, melhorar a qualidade de vida do doente.

Doença articular degenerativa, osteoartrose ou osteoartrite são termos utilizados para caracterizar uma doença de progressão lenta e idiopática das articulações sinoviais, que ocorre em períodos avançados da vida ou como consequência de algum traumatismo. Caracteriza-se pela destruição ou alteração da cartilagem articular com repercussões nos ossos.

A OA é a principal patologia da anca e pode ser explicada como sendo uma alteração articular decorrente da falha de múltiplos sistemas de reparação em virtude de diversas agressões e lesões sofridas pela articulação. A OA é a doença músculo-esquelética mundialmente mais comum e um importante problema de saúde pública (DGS, 2004).

A artrose da anca, é uma das causas mais frequentes de incapacidade na população ocidental e rara nos povos asiáticos (Serra, *et al.*, 2012).

De acordo com Hebert (2017), a artrose é uma doença degenerativa crónica caracterizada pela deterioração da cartilagem e pela neoformação óssea nas superfícies e margens articulares. É uma doença degenerativa, progressiva e potencialmente incapacitante a curto, médio ou longo prazo, com particularidades incertas e imprevisíveis, tanto em sintomas como na evolução ao longo do tempo e constituindo a patologia mais vulgar da articulação coxofemoral.

Faustino (2002) considera a artrose como a principal causa de morbilidade nos países desenvolvidos e uma das primeiras razões para consulta. Para Rejaili (2005) a sua apresentação caracteriza-se por dor, rigidez matinal, crepitação óssea, atrofia muscular e no que diz respeito aos aspetos radiológicos, são observados estreitamento do espaço

intra-articular, formações de osteófitos, esclerose do osso subcondral e formações quísticas.

A artrose resulta do processo natural de envelhecimento ao nível celular e consequente destruição progressiva dos tecidos que compõem a articulação, em particular a cartilagem, conduzindo à instalação progressiva de dor, deformação e limitação do movimento (Rejaili, 2005).

A cartilagem da cabeça do fémur, assim como do acetábulo, com os anos, sofrem desgaste e o osso fica exposto e em contacto direto, sem proteção da cartilagem, resultando deformação das superfícies articulares (Cunha, 2008).

Rejaili (2005) destaca que a patologia é bastante comum e se apresenta entre 44% e 70% dos indivíduos acima de 50 anos de idade e na faixa etária acima de 75 anos, esse número chega a 85%.

Na artrose, do ponto de vista anatomopatológico existe destruição focal da cartilagem e reação do osso subcondral, mas o processo envolve, toda a articulação, incluindo a cápsula sinovial, os ligamentos e os músculos adjacentes. Clinicamente existe dor articular, rigidez e limitação da função, sendo característica a ausência de repercussão sistémica (DGS, 2004)

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Reumatologia (2013), na presença de OA, podem existir períodos de edema na articulação devido à inflamação. A articulação aumenta as suas dimensões e apresenta acumulação de líquido, o que coincide com o agravamento da sintomatologia. Verificando-se desgaste e destruição progressiva da cartilagem e como esta é fundamental ao movimento da articulação, surge dor. Os movimentos vão ficando limitados e a dor impede a mobilidade, resultando atrofia muscular, instabilidade da articulação, traduzindo-se num agravamento das lesões. A articulação fica incapaz de realizar a sua função, sem cartilagem e com o osso desenvolvido na periferia. As pessoas ficam cada vez mais limitadas, até deixarem de conseguir movimentar a articulação sem esforço e sem dor.

A OMS, considera que a OA é a patologia degenerativa mais frequente ao nível da articulação da anca, estando classificada como uma das causas mais importantes de incapacidade, a quarta para o sexo feminino e a oitava para o sexo masculino (Marx, *et al.*, 2006).

Os principais fatores de risco da OA são o género, a idade, a hereditariedade ou fator genético, traumatismo e stress articular repetitivo, obesidade, nutrição, alterações hormonais, metabólicas e densidade óssea (Ariotti, *et al.*, 2011).

Esta doença prejudica a qualidade de vida e se não for controlada, poderá causar incapacidade em milhões de pessoas em todo o mundo, particularmente em pessoas idosas. Duarte, *et al.*, (2013) corrobora e acrescenta que esta interfere a nível laboral, traduzindo-se por aumento do absentismo e reformas antecipadas.

Em Portugal a artrose primária representa 77% das causas que levam à necessidade de uma intervenção cirúrgica, sendo mais característico nas pessoas entre os 71 e 80 anos (Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia, 2010), estimando-se que mais de 700 mil pessoas sofram de OA (Liga Portuguesa Contra as Doenças Reumáticas, 2014).

A OA tem uma origem multifatorial, podendo ocorrer por influência genética, distúrbios metabólicos, fenómenos mecânicos, hormonais e biológicos que alteram o equilíbrio existente entre a síntese e a degradação da cartilagem e do osso subcondral (Santos, 2003).

De acordo com Parente *et al.*, (2009), a doença articular degenerativa constitui a patologia mais comum da articulação e com o aumento da senescência da população a sua frequência tem vindo a aumentar. Os fatores mais importantes na génese da doença degenerativa da anca, são os sistémicos e os locais. Dentro dos fatores sistémicos, existem os genéticos, a obesidade, a idade, o sexo, o tipo de atividade e ocupação, o estado nutricional e metabólico e a osteoporose, quanto aos fatores locais temos os traumáticos e doença ou deformação articular pré-existente.

A artrose da anca pode ocorrer após agressão mecânica ou doença inflamatória, distinguindo-se assim em artrose primária (quando o processo ocorre sem causa aparente) ou secundária (quando o processo se dá por um motivo conhecido ou pré-existente) (Hebert, 2017).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Reumatologia (2013) frequentemente estão associados alguns fatores como a sobrecarga na articulação, excesso de peso, traumatismos (grandes, pequenos ou repetidos), como os que resultam de atividades desportivas ou profissionais, bem como outras doenças reumáticas ou malformações que danificam as articulações progressivamente.

A OA é usualmente classificada em primária ou idiopática e secundária. De acordo com Parente *et al.*, (2009), a OA primária é um tipo de patologia da anca, de evolução progressiva e geralmente lenta, localizada nas zonas de maior carga da articulação, cujas causas são desconhecidas, mas tem como fatores associados o excesso de peso, trabalhos pesados ou desportos intensos e suscetibilidade genética.

A OA secundária pode agrupar-se em: metabólicas e endócrinas, que abrangem as doenças por deposição de cristais de cálcio, a ocrinose, a acromegalia e a

hemocromatose; anatómicas, que podem incluir as síndromes de hiper mobilidade, os desvios axiais dos membros, as escolioses graves, as displasias epifisárias, a doença de *Perthes*, a luxação congénita da anca; traumáticas, desde traumatismos articulares agudos a traumatismos crónicos, ocupacionais ou desportivos (DGS, 2004).

A artrose ocorre com frequência aumentada em idosos, apesar disso, a relação entre idade e esta patologia não está esclarecida. Mesmo podendo ter início em idade mais jovem, o seu avanço parece mais evidente com o aumento da idade.

A nível mundial, a OA é a patologia músculo esquelética mais comum e um importante problema de saúde pública. Segundo Sharma e Berenbaum (2007), a OA corresponde a 40 a 60% das doenças degenerativas do sistema músculo-esquelético e que aproximadamente 15% da população sofre de OA. Destes, 65% apresentam idade igual ou superior a 60 anos.

De igual modo a OA é a principal causa de incapacidade da pessoa idosa em Portugal. Segundo dados do Instituto Nacional Doutor Ricardo Jorge, 24% da população portuguesa sofre de uma doença reumática, sendo que 6% sofre de OA (Pereira, Ramos e Branco, 2014).

Em Portugal, e de acordo com a DGS (2004), aproximadamente 1,3% da população sofre de OA da anca. Esta aumenta com a idade, com uma variação de 7% para os indivíduos de 65-70 anos e 11,2% entre aqueles com 80 ou mais (Marx *et al.*, 2006).

Outros dados demonstram que na população acima dos 18 anos, a prevalência da OA ronde os 5,5% nos homens e 7,4% mulheres. Mais se refere que 54,8% dos homens e 24,5% das mulheres mostram sinais imagiológicos de OA da anca, mas apenas 2,4% e 2,2% respetivamente, apresentam sintomas da doença (Pereira, Ramos e Branco, 2014).

Segundo o EpiReumaPt (2015) a OA da anca apresenta uma prevalência de 2,9% sendo que é mais prevalente no sexo feminino (3,0%) do que no masculino (2,9%). Estima-se que, em Portugal, cerca de 2 milhões de indivíduos sofrem de OA (DGS, 2004). Dados demonstram que 80% desses indivíduos revelam limitação do movimento e 25% não consegue realizar as suas atividades da vida diária (OMS, 2003; Woolf e Pfleger, 2003).

A OA é uma doença articular comum, apresentando alterações na capacidade física dos doentes portadores desta doença, e segundo Woolf e Pfleger (2003) é a principal causa de absentismo laboral em indivíduos com mais de 50 anos de idade.

Apesar de muito associada ao envelhecimento, não é sinónimo de envelhecimento articular, uma vez que esta pode surgir quer em populações idosas quer em populações mais jovens. Queiroz (2011) refere que existe um maior desgaste nas articulações ao longo

dos anos, sendo que OA apresenta uma maior incidência em populações de idade mais avançada.

Estima-se que em 2020, 30% da população europeia tenha mais de 65 anos de idade e sendo a idade o principal fator de risco para a OA, prevê-se um crescimento acentuado na incidência desta doença nas próximas décadas, transformando-se num problema de saúde pública (Woolf e Pfleger, 2003).

2. A artroplastia da anca - Um tratamento para a pessoa com artrose da anca

A anca é uma articulação formada pela cabeça femoral e pelo acetábulo. A cabeça femoral é uma esfera imperfeita de osso esponjoso revestida por cartilagem articular (Phipps, Marek e Sands ,2011).

A estabilidade desta articulação é assegurada pela cápsula articular, reforçada pelo ligamento redondo e tendinosos, assim como pelos músculos peri articulares que ajudam na coaptação da articulação (Parente *et al.*, 2009). O mesmo autor diz que a principal função da anca é a locomoção e a marcha, em que temos uma fase de carga e outra de descarga separadas pelo período de duplo apoio ou apoio bipodal.

A articulação da anca ou coxofemoral é uma enartrose, pelo que tem muita liberdade de movimento, que lhe é proporcionada pela forma esférica côncava da cabeça femoral e hemisférica convexa da fossa acetabular (Zarzuela, 2015). Na posição ortostática, fica sujeita à pressão do peso de todo o tronco, é por isso uma articulação frequentemente alvo de patologia e de extrema importância para a vida quotidiana dos indivíduos (Judas, 2011).

A função da articulação da anca é orientá-la em todas as direções no espaço, uma vez que possui três eixos e três graus de liberdade. Um eixo transversal, que efetua os movimentos de flexão-extensão; um eixo antero-posterior, que efetua os movimentos de abdução-adução; um eixo vertical, que efetua os movimentos de rotação externa-rotação interna (Parente *et al.*, 2009).

Para o bom funcionamento da articulação é necessário que as duas porções da articulação (cabeça femoral e cavidade acetabular) estejam revestidas por uma cartilagem articular saudável que diminui o atrito e permite os movimentos necessários para as AVD. Em caso de compromisso de alguma delas há risco de desenvolver coxartrose (Ressurreição, 2014).

De acordo com Parente *et al.*, (2009), as patologias degenerativas e destrutivas da anca apresentam diferenças quer a nível de sintomatologia, evolução ou dano funcional, justificando-se a necessidade do conhecimento das diversas patologias, para decidir sobre a indicação cirúrgica e técnica mais adequada. A doença articular degenerativa constitui a

patologia mais frequente da articulação, em que numa fase inicial temos uma lesão da cartilagem, com reações secundárias da membrana sinovial e do osso.

Cunha (2008) refere que a cartilagem da cabeça do fémur, assim como do acetábulo, com os anos, sofrem desgaste e o osso fica exposto e em contacto direto, sem proteção da cartilagem, resultando uma distorção das superfícies articulares.

Segundo Hebert (2017) a degeneração cartilaginosa que acontece na artrose é caracterizada por alterações profundas na superfície articular, tais como fibrilação, fissuras e erosões. Essas alterações sucedem devido a alterações na atividade biossintética dos condrócitos e em sua composição química. Alterações súbitas na bioquímica dos proteoglicanos cartilaginosos, resultam em processos anabólicos e catabólicos no metabolismo cartilaginoso, ou seja, em processos iniciais de desenvolvimento de artrose.

A articulação da anca é frequentemente comprometida pela OA. Quando o tratamento conservador não imprime uma melhoria dos sintomas, logo a função e a qualidade de vida da pessoa está comprometida, surge então a resposta cirúrgica, denominada ATA, que é caracterizada pela substituição da articulação da anca (Kisner e Colby, 2016).

O impacto da cirurgia resulta da combinação entre “elevada imobilidade” e “baixa capacidade funcional” que determinam uma prevalência de necessidades de aprendizagem das funções do membro inferior, bem como a aquisição de capacidade para realizar AVD com autonomia e segurança satisfatória.

De acordo com Parente *et al.*, (2009), o princípio geral no tratamento da coxartrose privilegia o tratamento conservador, no entanto quando as limitações sobre a atividade profissional e atividades de vida diárias se tornam incapacitantes, sendo a dor e o sofrimento persistente, irredutível e intolerável, é proposto à pessoa uma ATA.

O tratamento conservador consiste em medicação anti-inflamatória, redução de peso, fisioterapia e o recurso a eventuais compensações ortopédicas. Por vezes o processo degenerativo articular progride até à destruição da cartilagem, tornando-se necessária a intervenção cirúrgica. Existem vários tipos de cirurgia possíveis, entre elas a artrodese, a osteotomia, a artroplastia de recessão e a artroplastia de substituição (Hall, 2001).

As pessoas que não obtiveram resultados com o tratamento conservador, em que a articulação da anca continua com dor persistente, e apresentam diminuição significativa de independência nas AVD, tem indicação para realizarem ATA (Bandholm e Keehlet, 2012; Schapiro, 2006).

A ATA é uma das reconstruções cirúrgicas mais comuns (Huo *et al.*, 2008), com cerca de 500000 procedimentos cirúrgicos deste tipo realizados por ano nos Estados Unidos da

América (Ritterman e Rubin, 2013). Segundo o Registo Português de Artroplastias, em 2011, foram registadas 6092 artroplastias da anca em Portugal.

À medida que a expectativa de vida da população mundial aumenta, o número de substituições articulares segue esta mesma tendência, e apesar do alto custo da intervenção, esta encontra-se entre os procedimentos mais efetivos em termos de benefícios.

Segundo Serra (2012) a cirurgia como tratamento para a OA da anca, é fundamental para remover osso ou cartilagem danificados da articulação, realinhar ou alterar as superfícies articulares que fazem carga, ou ainda para remodelar a articulação através da substituição da mesma por próteses da anca em material sintético e morfológicamente próximo da anatomia humana.

A ATA tem-se mostrado eficiente na melhoria da função, bem como na diminuição da dor em mais de 90% dos indivíduos (Pisoni *et al.*, 2008). As principais indicações para a ATA são: a osteoartrose grave, a artrite reumatóide, a necrose avascular, artrite traumática, alguns tipos de fraturas coxofemorais, tumores benignos e malignos, artrite associada à doença de *Paget*, a espondilite anquilosante e a artrite reumatóide juvenil. No entanto, a OA é o diagnóstico mais frequentemente associado à execução de ATA (Passias e Bono, 2006).

Na evolução das técnicas operatórias do aparelho locomotor, relacionadas com a OA, pode destacar-se a ATA que representa o maior progresso das cirurgias ortopédicas que, apesar de ser um procedimento cirúrgico radical (substituição total da articulação por uma prótese), melhora a qualidade de vida dos indivíduos, proporcionando-lhes o regresso às suas AVD e até mesmo às atividades laborais e sociais, entre outras (Patrizzi *et al.*, 2004). A ATA teve o seu início nos anos 60, sendo considerada um tratamento revolucionário, apresentando bons resultados a longo prazo, estando hoje entre as cirurgias ortopédicas de maior sucesso. Tendo como finalidade restaurar ao máximo a integridade e restabelecer a funcionalidade da mesma.

A artrose deve ser tratada de forma prática e segura, proporcionando assim uma vida de qualidade às pessoas. A substituição da cartilagem articular por uma prótese tem como objetivo eliminar a dor e a limitação causada pela artrose, permitindo à pessoa uma rápida recuperação funcional.

As vantagens da ATA são a redução da dor em 95-98%, a redução na rigidez com uma mobilidade próxima da normal, o aumento da capacidade e da distância de deambulação e a melhoria significativa na capacidade para realizar a maioria das AVD (Henriques, 2008).

Com o tratamento cirúrgico houve a diminuição das complicações intrínsecas a grandes períodos de imobilidade da pessoa no leito e da imobilidade dos segmentos afetados. O levante precoce, aliado às mobilizações articulares, ao fortalecimento muscular, o treino da marcha e o ensino, são a base de um programa de reabilitação (PR) que vai permitir obter ganhos significativos, não só para a pessoa e para a sua família, como para os serviços de saúde (Cruz *et al.*, 2007).

Existem diferentes tipos de próteses da anca, que permitem diferentes opções de acordo com cada situação. Uma prótese total da anca (PTA) é constituída por dois elementos principais: a componente femoral e a componente acetabular. A componente femoral consiste numa haste geralmente metálica colocada numa cavidade aberta no fémur, podendo ser de liga de aço inoxidável e titânio. Na extremidade deste componente, existe um colo onde é colocada uma cabeça esférica que substitui a cabeça do fémur. Esta cabeça esférica integra-se no colo da prótese, formando um componente integral (Mazières e Tressor-Verrouill, 2003).

Segundo Filipe, Afonso e Lima (2007), a PTA pode ser feita de metal, cerâmica ou polietileno e metal, sendo que as superfícies articulares podem ser: metal-metal, cerâmica-cerâmica, cerâmica-polietileno ou metal-polietileno. Relativamente à fixação, pode ser cimentada ou não cimentada, a opção por cada uma destas tem a ver com as características da articulação e da pessoa e ainda, com outros aspetos individuais, nomeadamente peso e idade.

Quanto à fixação, as próteses da anca podem ser cimentadas, não cimentadas ou híbridas, dependendo do tipo de fixação escolhida para estabelecer a ligação da prótese ao osso. Nas próteses cimentadas, o cirurgião coloca uma camada de cimento ósseo entre as paredes do osso e a prótese, que fixa a prótese ao osso. As próteses não cimentadas são fixas ao osso por pressão de aperto das paredes do osso contra a superfície da prótese, aproveitando a elasticidade dos materiais. As próteses híbridas reúnem os dois sistemas de fixação, fazendo uma fixação cimentada num componente e uma fixação não cimentada no outro. A diferença entre estes sistemas de fixação é que as cimentadas permitem que se efetue carga total desde o primeiro levante, pois a haste da prótese está fixada no fémur, impedindo o seu afundamento. As não cimentadas permitem apenas uma carga parcial (até às 6 semanas) por poderem afundar. A grande vantagem das não cimentadas é permitirem uma mais fácil substituição porque, com o cimento, é mais frequente que o osso danifique durante a cirurgia de revisão da PTA (Mazières e Tressor-Verrouill, 2003).

Segundo Relvas e Simões (2005), as vantagens e desvantagens que existem entre próteses cimentadas e não cimentadas são ainda um assunto algo controverso. No

entanto, parece ser aceite a aplicação de próteses cimentadas nas pessoas mais idosas (idade superior a 65 anos), menos ativas e com ossos mais frágeis (osteoporose), embora, também, já sejam colocadas próteses não-cimentadas neste tipo de pessoas. No que diz respeito às próteses não-cimentadas são indicadas para pessoas mais jovens e fisicamente mais ativas, uma vez que se prevê a realização de uma cirurgia de revisão.

Na ATA cimentada, o apoio de peso efetuado pelo doente deve ser de acordo com o tolerado, nas ATA não cimentada e híbrida, o apoio de peso é limitado de 6 a 8 semanas. A observação e avaliação por parte do cirurgião no ato cirúrgico é fundamental para que mais tarde, as indicações sejam personalizadas, pessoa a pessoa. Assim, devem ser considerados alguns fatores que podem influenciar o período pós-operatório do doente, tais como a estabilidade dos implantes protésicos, o alinhamento dos implantes, a necessidade de reparo dos tecidos moles ou de procedimentos esqueléticos complementares e o grau de deformidade do osso (Kisner e Colby, 2016).

No que concerne ao tipo de abordagem cirúrgica, existem duas possíveis, a posterolateral e a anterolateral (Jones *et al*, 2005; Maxey e Magnusson, 2007; Ritterman e Rubin, 2013). Na abordagem posterolateral, o cirurgião acede à anca no intervalo entre o grande e o médio glúteo. Esta técnica é considerada mais fácil de realizar, no entanto está associada a elevadas possibilidades de luxação posterior da anca e maior risco de lesão do nervo ciático, comparativamente à abordagem.

De acordo com Jolles e Bogoch (2006), não existem dados suficientes que sustentem a abordagem de excelência na realização da ATA em adultos com osteoartrose.

A ATA é indicada para pessoas que apresentam articulação artrítica dolorosa, incapacitante e que não cede ao tratamento conservador. A maior indicação para a artroplastia, em pelo menos um dos lados é a patologia da anca dolorosa e grave (Hebert, 2017).

Constituem contra-indicações absolutas para a realização da ATA uma infeção ativa (local ou sistémica), imaturidade esquelética, paraplegia ou tetraplegia, contra-indicações relativas a obesidade mórbida, a artropatia de Charcot, doença neurológica ou neuromuscular incapacitante e/ou progressiva. A idade por si só não constitui uma contra-indicação (exceto se imaturidade esquelética) para avançar para a ATA. Apesar da necessidade de cirurgia de revisão ser tanto menor quanto mais tarde for a cirurgia primária, também é verdade que o resultado é tanto melhor quanto melhor for o estado funcional pré-cirurgia (DGS, 2004).

A ATA apresenta na atualidade um elevado índice de sucesso, no entanto este procedimento pode ser acometido por diversas complicações. Complicações relacionadas

com a parte clínica do doente, tais como trombose venosa profunda, embolia pulmonar, arritmias cardíacas, enfarte do miocárdio, anemia e infecção do trato respiratório e urinário. Complicações locais, tais como lesão vascular, paralisias nervosas, luxação, osteólise, desgaste, fadiga e afrouxamento do implante. Além destas complicações, existe ainda o risco de a infecção acometer a artroplastia (Hebert, 2017).

Para Parente *et al.*, (2009), podem surgir complicações após a colocação de uma PTA, entre elas a infecção, em que a prevenção é uma prioridade nos cuidados de enfermagem, pois pode levar a um internamento prolongado, incapacidade permanente e remoção da prótese.

No que respeita ao descolamento asséptico Parente *et al.*, (2009) referem que esta é a complicação mais frequente ocorrendo maioritariamente em próteses cimentadas e traduz-se pela perda de aderência entre a prótese e a superfície óssea.

Segundo Hebert (2017) e Parente *et al.*, (2009), a luxação da prótese está associada a retroversão do componente acetabular e tensão inadequada das partes moles, que surge em resultado de um movimento ou posicionamento para além dos limites aconselhados de mobilidade de articulação, geralmente em flexão superior a 90° ou em rotação interna, ocorrendo com frequência até seis semanas da cirurgia.

O tromboembolismo é responsável por mais de 50% da mortalidade pós-operatória, e o tratamento inclui oxigénio e anticoagulantes. Relativamente às lesões nervosas, podem envolver o nervo isquiático, o femoral, o obturatório e o fibular, estando relacionados com o alongamento do membro, trauma intra ou pós-operatório, extrusão de cimento e luxação da prótese. As lesões vasculares são raras, os vasos e nervos intrapélvicos podem ser sujeitos a lesão com a colocação de parafusos transacetabulares e afastadores. As fraturas do fémur transoperatória são uma complicação pouco frequente, mas quando acontece pode atrasar a recuperação do doente (Hebert, 2017).

3. A recuperação funcional da pessoa submetida a ATA

O processo de dependência das pessoas submetidas a uma ATA surge, inicialmente, devido à doença crónica e, posteriormente, devido às inerências da intervenção a que são submetidas. A restrição de movimentos imposta pela intervenção cirúrgica vai interferir na capacidade funcional da pessoa submetida a ATA para a realização das AVD que fazem parte do seu quotidiano. Atividades como calçar as meias, vestir as calças, limpar os pés, entre outras, vão obrigar a pessoa a recorrer a ajuda de terceiros ou de ajudas técnicas, para poder atingir o máximo de autonomia possível.

O impacto decorrente da ATA surge da combinação entre a imobilidade e a baixa capacidade funcional, afetando a saúde e a qualidade de vida da pessoa. Para Lemos, Nascimento e Guedes (2009), o motivo de maior queixa das pessoas submetidas a ATA são as limitações funcionais, uma vez que estas permanecem durante um determinado período de tempo. Estas limitações estão relacionadas com a dor, a fraqueza dos músculos abdutores da anca, as contraturas na articulação da anca e as desordens na marcha, bem como a fraqueza dos extensores e flexores da anca.

A aptidão que a pessoa tem em se adaptar aos problemas e exigências do dia-a-dia é avaliada com base na capacidade e autonomia de execução das AVD (Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, 2011). De forma a aumentar a independência da pessoa submetida a ATA, os enfermeiros de reabilitação desenvolvem intervenções e processos educativos auxiliares, orientando a realização das AVD, com ou sem acesso de ajudas técnicas, indispensáveis para uma melhor e eficaz adaptação (Martins e Fernandes, 2009).

Os cuidados de reabilitação assumem um papel fulcral, no período pré e pós-operatório da pessoa submetida a ATA, uma vez que permitem a recuperação em tempo útil das funções da anca enquanto parte integrante da cadeia cinética do membro inferior, bem como a aquisição da capacidade para realizar as AVDs de forma segura e autónoma (Parente *et al.*, 2009).

O PR deve ser elaborado de forma personalizada, através de dados da pessoa, da sua história clínica, do tipo de intervenção, da capacidade que a pessoa tem para apreender o programa e respeitar comportamentos de risco. Este programa deve ser continuamente atualizado, de forma a adaptar e orientar os cuidados, tendo em consideração as necessidades reais da pessoa.

Tendo por base as competências do EEER, e admitindo o benefício de uma reeducação precoce, este deve capacitar a pessoa com aspetos referentes a atividades comuns do dia-a-dia, e que sofrem alterações na sua execução devido à cirurgia (Fernandes, 2011).

A reabilitação no período pré e pós-operatório proporciona ao doente e a quem o rodeia benefícios na recuperação e na obtenção de melhores resultados (Coimbra *et al.*, 2002; Tellini, 1996, citado por Patrizzi *et al.*, 2004).

A Enfermagem de Reabilitação no pré-operatório tem um papel fortemente educativo de modo a capacitar a pessoa com exercícios e estratégias de alívio da dor e de técnicas de AVD adaptadas às limitações impostas pela cirurgia, contribuindo para uma recuperação funcional mais rápida e para a prevenção de complicações no pós-operatório. Ter a oportunidade de efetuar treino de canadianas/andarilho, treino de transferências e

exercícios antes da cirurgia, permite aumentar a confiança da pessoa em executá-los no pós-operatório (Walker, 2012).

Numa investigação realizada por Crower e Henderson citada por Berend, Lombardi e Mallory (2004) em que avaliaram qual eficiência que um PR individualizado no pré-operatório em doentes submetidos a ATA tem no pós-operatório, concluíram que a reabilitação no pré-operatório e programas de ensino com informações sobre o período de internamento, planeamento da alta e preparação para o regresso a casa são fulcrais. Os autores mostraram ainda, que os doentes que receberam programas de reabilitação pré-operatória tiveram menos tempo de internamento, quatro a cinco dias comparados com o período normal de internamento que é aproximadamente 8 dias. Referiram também que a capacitação no pré-operatório, não só reduziu o período de internamento, bem como diminuiu o uso de medicação para a dor. Inferiram que os doentes informados sobre o que esperar da cirurgia e com programas de ensino no pré-operatório sobre os exercícios de reabilitação fundamentais e atividades, estão melhor preparados para enfrentar o stress da cirurgia e respetiva recuperação.

Yeh *et al.*, (2005), num estudo que desenvolveram, inferiram que o grupo experimental, que recebeu ensino pré-operatório, apresentou melhores resultados que o grupo controlo, face ao desempenho das suas atividades do dia a dia. Os mesmos autores acrescentam ainda que várias evidências foram apresentadas para demonstrar que a capacitação em saúde pode, efetivamente, reduzir os dias de internamento. Ao analisar a influência do ensino pré-operatório com a duração do internamento hospitalar, pode constatar-se que os sujeitos do grupo experimental (com ensino pré-operatório), apresentaram uma diferença estatisticamente significativa, no que diz respeito à diminuição dos dias de internamento, face ao grupo controlo (sem ensino pré-operatório).

Atesta também desta opinião Parente *et al.*, (2009, p.161), ao afirmar que “(...) o êxito da cirurgia de protetização da anca depende em grande parte do conhecimento e do ensino proporcionado ao doente”.

Rooks *et al.*, (2006), efetuaram um estudo com o objetivo de avaliar o efeito que a educação no pré-operatório pode ter a curto prazo na reabilitação funcional, dor e força muscular antes e após dos doentes submetidos a ATA. Com uma amostra de 108 doentes, em dois grupos, de controlo e experimental, o grupo experimental foi sujeito a um programa de exercício e educação 6 semanas antes da cirurgia. Analisando diferenças entre os grupos que tiveram intervenção no pré-operatório, pós-operatório imediato e após 8 a 26 semanas pós cirurgia, inferiram que um PR a curto prazo no pré-operatório acelera a recuperação

funcional dos doentes, e recomendam que seja realizado sempre que um doente seja submetido a ATA.

No estudo realizado por Ferrara *et al.*, (2008) em que participaram 33 pessoas, e que tinha como objetivo analisar qual o efeito da reabilitação no pré-operatório em doentes submetidos a ATA com recurso à aplicação de escalas de medida, em que um mês antes da cirurgia o grupo de estudo foi sujeito a um programa de reabilitação em que constava um conjunto de exercícios individuais e em grupo durante cinco dias por semana, em sessões de 60 minutos por dia. O grupo de estudo foi submetido a sessões de ensino em grupos e individualmente, com base em: alongamentos dos isquiotibiais, adutores e músculos flexores da anca e exercícios de fortalecimento dos abdutores da anca e quadricípites femorais, exercícios com foco no realinhamento postural da coluna vertebral, ombros, cotovelos, punhos, mãos, ancas, joelhos e tornozelos e instrução sobre os movimentos que devem ser evitados, para prevenção de luxação da prótese e ainda ensino sobre as ajudas técnicas (canadianas, elevador de sanita, camas elevadas e uma pinça para ajudar a vestir e despir) e adoção de postura correta. Concluíram que a reabilitação e a terapia educacional pré-operatória em doentes submetidos a ATA são úteis.

Um outro estudo, realizado por Vukomanović *et al.*, (2008), tinha como objetivo avaliar o impacto que os ensinamentos de reabilitação realizados no pré-operatório, têm na recuperação funcional no pós-operatório em doentes submetidos a ATA. Era constituído por uma amostra de 45 doentes, divididos em dois grupos, controlo e experimental. Os doentes do grupo experimental receberam ensinamentos no pré-operatório, que abrangiam a preparação física, informação sobre a cirurgia, medidas de prevenção e reabilitação depois da ATA. Através deste estudo, os investigadores aferiram que os doentes do grupo experimental ao terceiro dia após cirurgia apresentavam-se mais independentes do que os do grupo controlo sem qualquer atividade funcional, concluindo que os programas de educação no pré-operatório são eficazes na redução da ansiedade, níveis de dor, e período de internamento.

Num estudo desenvolvido por Yoon *et al.*, (2010), no qual as pessoas submetidas a ATA que receberam o programa educacional no pré-operatório beneficiaram da redução de cerca de um dia de internamento ($3,1 \pm 0,8$ dias vs $3,9 \pm 1,4$ dias, $p=0,001$), em relação aos que não receberam o respetivo ensino.

A investigadora Fernandes (2011), verificou que dos 35 participantes que receberam ensino pré-operatório, todos consideraram que o ensino efetuado pela enfermeira especialista de reabilitação contribuiu para que se tornassem mais independentes no período pós-operatório. Na mesma linha de pensamento Parente *et al.* (2009), afirma que

os cuidados de reabilitação são primordiais no período pré e pós-operatório, contribuindo para uma recuperação em tempo útil das funções da articulação afetada, bem como para a aquisição da independência para a realização das AVD.

Num estudo realizado no âmbito da enfermagem de reabilitação, a investigadora Violante, verificou que através da aplicação de uma intervenção programada de ensinamentos de enfermagem de reabilitação no momento de admissão e no pré-operatório aos doentes submetidos a ATA, demonstrando que a quem foi implementado (grupo experimental) o protocolo de intervenção obteve ganhos substanciais no que diz respeito: aos níveis de dor; aos níveis de independência nas AVD; na amplitude dos movimentos e na dor associada à ansiedade, comparativamente ao grupo de controlo (Violante, 2014).

As intervenções devem ser planeadas com o objetivo de minimizar e diminuir os níveis de ansiedade no pré-operatório, uma vez que o medo do desconhecido, a dor, a alteração da imagem corporal, o grau de dependência, a depressão e fadiga são as maiores preocupações dos doentes que são submetidos a ATA.

Os cuidados de reabilitação são essenciais no período pré e pós-operatório da ATA, e permitem a recuperação em tempo útil das funções da anca bem como a capacidade para a realização de AVD com autonomia e segurança, devendo ter início no momento da admissão.

Para Parente *et al.*, (2009, p.155), “(...) um programa de educação eficaz no pré-operatório é condição essencial para uma recuperação bem sucedida”. Este deve incluir ensino e treino sobre: “posicionamentos no leito (...), exercícios respiratórios (...), exercícios isométricos dos quadricíptes, glúteos e movimentos ativos (...). verticalização em descarga, transferência da cama para a cadeira e vice-versa, treino de marcha com canadianas ou outro auxiliar de marcha”.

Desta forma, o EEER deve criar um PR personalizado para a pessoa submetida a ATA, e iniciá-lo no pré-operatório, de forma a preparar a pessoa para cirurgia e este deve ser mantido no pós-operatório até que a pessoa esteja totalmente recuperada e já não necessite dos cuidados de enfermagem (Isaías, Sousa e Dias, 2012).

Para Parente *et al.*, (2009) a fase pré-operatória do programa de reabilitação tem como objetivo principal preparar o doente para a fase seguinte de reeducação no pós-operatório, de forma a diminuir a dificuldade provocada pela dor e pelo desconhecido. No pós-operatório o principal objetivo é a reabilitação funcional da pessoa, no que respeita à mobilidade, e independência para a realização das AVD. O programa de reabilitação no pós-operatório deve ter como foco a analgesia local, a mobilização articular, o

fortalecimento muscular, a prevenção da luxação, treino de verticalização e marcha e treino de AVD.

O enfermeiro de reabilitação está numa posição privilegiada para ajudar o doente a atingir o melhor nível de independência possível e as principais orientações consistem na preparação pré-operatória que engloba o esclarecimento do procedimento cirúrgico e dos objetivos da reabilitação pós-operatória, que consiste na recuperação da autonomia funcional, na fase de internamento. A intervenção do EEER é fulcral para ajudar na readaptação à nova condição, uma vez que a mobilidade e autonomia estão comprometidas (Gomes, 2013).

O objetivo da reeducação é funcional, para um ótimo desempenho qualitativo e quantitativo da articulação, não esquecendo a pessoa numa perspetiva holística, em que os objetivos serão diferentes de pessoa para pessoa, consoante a idade, atividade habitual, a profissão, as limitações associadas, a pessoa e as suas aspirações (Parente *et al.*, 2009).

Para a recuperação das capacidades da pessoa com ATA, é fundamental, a realização e implementação de um PR, individualizado e com especificidades dirigidas a cada pessoa. Este deve ser composto por uma sequência cuidadosamente progredida de exercícios terapêuticos e treino funcional, assim como a orientação constante à pessoa (Kisner e Colby, 2016). O programa deve ser flexível, permitindo a atualização, adaptação e orientação dos cuidados de acordo com as necessidades da pessoa (Parente *et al.*, 2009).

1. A promoção da Saúde na perspectiva da capacitação da pessoa

A Promoção da Saúde pode ser vista como um processo de consciencialização das pessoas para os seus direitos e deveres, para a capacidade de descobrir e criar os seus próprios recursos para conduzirem a sua vida de forma ativa, produtiva e satisfatória (Loureiro *et al.*, 2010).

A Carta de Ottawa para a Promoção de Saúde de 1986, identificou as condições e recursos fundamentais para a melhoria da saúde, entre elas a paz, o abrigo, a educação, a alimentação, os recursos económicos, um ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Definiu áreas de ação para promover a saúde, como a construção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de competências pessoais e a reorientação dos serviços de saúde. Descreveu ainda três funções importantes na promoção da saúde: o advogar, o capacitar e o mediar (Laverack, 2004).

O conceito de Promoção da Saúde evoluiu, o que conduziu a que se passasse a exigir uma prática mais reflexiva e que aumentasse a capacidade de cada um ser mais efetivo na sua ação. Deste modo, em meados dos anos 90, emergiram dois conceitos importantes em Promoção da Saúde: capacidade e capacitação (Loureiro *et al.*, 2010).

Loureiro *et al.*, (2010) diz que na área da saúde a capacidade é uma aptidão para desempenhar de forma efetiva, eficiente e sustentável as funções definidas, está ligada a conceitos positivos, como força e potencialidades. No que se refere à capacitação, esta é usada para descrever o processo de desenvolvimento de competências pessoais, sociais e de sistemas, de forma a produzirem mudanças positivas, fortalecendo as suas capacidades. O processo de capacitação da comunidade, caracteriza-se pelo aumento das competências dos seus grupos para definir, avaliar, analisar e agir sobre as necessidades em educação, saúde e outros campos.

Capacitar é um processo multidimensional que envolve o conhecimento, decisão e ação, em que os conhecimentos são os saberes construídos e alicerçados em valores individuais, que se alteram ao longo da vida e são influenciados por fatores de ordem social, cultural e religiosa. Exercer a capacitação é um processo que envolve domínios cognitivo, físico e material. A nível pessoal a capacitação traduz-se nas atividades de vida que garantem as condições básicas, como: comer e beber; mover-se; lavar-se; vestir-se; eliminar. As atividades de ordem mais complexa, a nível instrumental, centram-se na integração na comunidade, como por exemplo: aprender a andar de transporte, a fazer compras, a ter controlo da própria saúde, a gerir os pertences pessoais. As atividades de vida pessoais e

instrumentais são o reflexo da autonomia e da independência e prendem-se com a funcionalidade e qualidade de vida (Sousa e Carvalho 2017).

As pessoas no seu dia a dia, gerem os conhecimentos numa perspetiva funcional de forma a responderem às diversas solicitações, em que a procura de conhecimentos e competências surge em virtude das necessidades, sendo que as pessoas aprendem os que lhes faz falta e é útil para se capacitarem.

O cuidar em Enfermagem de Reabilitação assume uma abordagem holística, sistematizada e atenta ao estudo dos efeitos da ação, no intuito de que a prática/teoria possa ser reproduzida/transferível, com efeitos previsíveis. O enfermeiro assume um papel fulcral na capacitação em saúde, uma vez que este é o profissional responsável pela gestão dos cuidados, permanecendo ininterruptamente com o doente em ambiente hospitalar. Estes profissionais possuem um lugar privilegiado na área da educação e promoção da saúde, devido às diversas oportunidades de contato com a pessoa e família ao longo do processo de cuidados.

Os enfermeiros estão capacitados para observar as necessidades em termos de saúde e, assim, delinear estratégias de intervenção junto das pessoas. Pretende-se que os cuidados de enfermagem facultem às pessoas a aquisição de experiências de saúde vividas a título individual pela pessoa, família ou grupo e para a promoção da sua saúde.

A Ordem dos Enfermeiros (OE), na procura permanente da excelência do exercício profissional preconiza que o enfermeiro ajude os cidadãos a alcançarem o máximo potencial de saúde. Para tal, os enfermeiros devem: identificar a situação de Saúde da população e dos recursos do cidadão/família e comunidade; criar e aproveitar oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados; promover o potencial de Saúde do cidadão através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento; fornecer informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cidadão (OE, 2002).

Segundo Phaneuf (2001), desde o início do século que os enfermeiros, ensinam a pessoa e família. A Educação para a Saúde constitui-se como um elemento essencial nos cuidados de enfermagem, direcionada para a promoção, manutenção e restauração da saúde e adaptação aos problemas de saúde. O mesmo autor, enfatiza ainda, que a diminuição do tempo de hospitalização e o regresso cada vez mais precoce ao domicílio levam a que a educação para a saúde seja considerada um fator fundamental para a saúde das populações.

A capacitação pré-operatória da ATA tem sido uma temática abordada e defendida como um aspeto fundamental do plano de reabilitação (Kisner e Colby, 2016). O êxito da cirurgia

de colocação de PTA depende fortemente do conhecimento e do ensino proporcionado à pessoa (Parente *et al.*, 2009).

Os enfermeiros estão capacitados para observar as necessidades em termos de saúde e, assim, delinear estratégias de intervenção junto das pessoas. Para Loureiro e Miranda (2010), o objetivo dos cuidados de enfermagem deverá ser o de capacitar as pessoas dos cuidados de enfermagem de forma a criar oportunidades para que se sintam mais competentes, independentes e autoconfiantes em relação às suas capacidades para irem de encontro às suas necessidades.

Capacitar implica transmitir informação de forma compreensível para a população. Não basta a simples transmissão de informação científica e técnica. É necessária uma verdadeira interpretação da cultura dos indivíduos, considerando os seus conhecimentos prévios, valores e comportamentos, numa sequência de intervenções que vão desde: identificar o que a pessoa pretende saber; determinar o que a pessoa pretende aprender; entender a motivação e aptidão para aprender; colher os dados do utente, família e comunidade, tendo em atenção os fatores de aprendizagem; avaliar os dados de forma a identificar as necessidades de aprendizagem; incentivar e promover a participação do utente no processo de aprendizagem e ajudar no estabelecimento de prioridades de aprendizagem do utente (Carvalho e Carvalho, 2006).

A responsabilidade de capacitar a pessoa submetida a ATA com novas habilidades e competências necessárias ao cuidado e recuperação da autonomia da pessoa, é principalmente assumida pelo enfermeiro. Os enfermeiros de reabilitação ajudam os doentes a desenvolver as suas potencialidades, otimizar a função e aceitar a responsabilidade como parte da sua participação no processo da equipa de reabilitação.

2. A intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação na capacitação pré-operatória

A ATA vai proporcionar à pessoa o alívio da dor e consequentemente o aumento da mobilidade ao nível da articulação da anca próxima do normal. Contudo, esta intervenção não devolve no imediato, nem a força nem a resistência desta articulação. Os cuidados de reabilitação são primordiais no período pré e pós-operatório, contribuindo para uma recuperação em tempo útil das funções da articulação afetada, bem como a aquisição da independência para a realização das AVD (Parente *et al.*, 2009).

O EEER centra a sua prática na recuperação da mobilidade e da funcionalidade da pessoa e, consequentemente, na recuperação da autonomia e independência da mesma.

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do EEER (OE, 2011), os conhecimentos inerentes à reabilitação permitem ao enfermeiro de reabilitação ajudar pessoas com doenças agudas, crónicas ou com sequelas destas resultantes, a aumentar tanto o seu potencial como a sua funcionalidade, de forma a melhorar a função, tornar a pessoa mais independente e aumentar a sua satisfação.

O Enfermeiro na sua prática profissional assume um papel de destaque, contribuindo para a promoção da autonomia do doente, após a realização da ATA. Como tal, constata-se que o EER deve identificar as vantagens de uma reeducação precoce, e assim promover a preparação funcional dos membros e capacitar a pessoa acerca de atividades, que, devido à intervenção cirúrgica, podem sofrer alterações. A capacitação pré operatória permite facultar informação sobre exercícios e estratégias para o alívio da dor, reduzindo a ansiedade e preparando a pessoa para as próximas etapas, com o objetivo final de aumentar a independência da pessoa.

Assim, o enfermeiro de reabilitação tem como missão a prevenção e tratamento da doença, bem como a promoção de processos de readaptação ao longo do ciclo vital da pessoa, para que a manutenção das capacidades funcionais e melhoria da qualidade de vida, tanto da pessoa como da família e comunidade, sejam uma realidade (Associação Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação (APER, 2011).

Por outro lado, o enfermeiro de reabilitação deseja proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, 2011).

O ensino na saúde é uma contribuição para a mudança de padrões de comportamentos da pessoa e dos seus cuidadores, reduzindo o período de internamento hospitalar de uma forma segura e eficaz, visando a diminuição da ansiedade da pessoa e o aumento da sua autoconfiança. Pelo que, as equipas de saúde devem promover ações programadas de ensino, quer à pessoa quer aos familiares, com informação, demonstração e treino (Maxey e Magnusson, 2007; Oliveira *et al.*, 2007).

O EEER está numa posição privilegiada para ajudar o doente a atingir o melhor nível de independência possível e as principais orientações consistem na preparação pré-operatória que engloba o esclarecimento do procedimento cirúrgico e dos objetivos da reabilitação pós-operatória, que consiste na recuperação da autonomia funcional, na fase de internamento. Esta recuperação não é feita na totalidade no internamento, no entanto,

é primordial a intervenção do EEER para ajudar na readaptação à nova condição, uma vez que a mobilidade e autonomia estão comprometidas (Gomes, 2013).

Os cuidados de reabilitação tornam-se imperativos no período pré e pós-operatório da ATA, e permitem a recuperação em tempo útil das funções da anca enquanto elemento da cadeia cinética do membro inferior, favorecendo a capacidade para a realização de AVD com autonomia e segurança satisfatórias (Parente *et al.*, 2009).

O PR pré operatório de uma pessoa que vai ser submetida a ATA, deve consistir em explicar o que é a ATA, o período previsível de recuperação e de reabilitação, orientações de progresso, instruções para a alta, recuperação no domicílio e os exercícios de reabilitação. Neste período são recomendadas mobilizações passivas e ativas assistidas da articulação coxofemoral do lado intervencionado. No que respeita a técnicas e atividades a realizar neste período, destacam-se a avaliação funcional e determinação do potencial de reabilitação. Informar a pessoa sobre a importância do PR e das ajudas que irá necessitar no período de internamento e após a alta (Sousa e Carvalho, 2017).

O enfermeiro de reabilitação deve acompanhar as pessoas submetidas a ATA na realização do PR ao longo do processo de recuperação, ou seja, deve iniciar a reabilitação no pré-operatório, para a pessoa se preparar para a cirurgia e deve continuar no pós-operatório até que este esteja totalmente recuperado e já não necessite dos cuidados de enfermagem (Isaías, Sousa e Dias, 2012).

3. O Programa de reabilitação funcional

Tendo em conta a importância que o EEER assume na recuperação da pessoa submetida a ATA, foi concebido um PR personalizado. Este contemplou uma abordagem da pessoa no pré-operatório capacitando-a sobre a cirurgia e seus objetivos, sobre sinais e sintomas de eventuais complicações, demonstrando os benefícios de uma reeducação e preparação funcional precoce, assente na revisão de literatura sobre o assunto em estudo.

O programa de reeducação funcional elaborado, resume as linhas orientadoras do mesmo, servindo de suporte à nossa intervenção. Traduz-se num PR à pessoa submetida a ATA, que abrange intervenções direcionadas para a reabilitação funcional e motora, tais como:

- Posicionamentos no leito, explicando ao doente as posições que pode adotar, bem como a importância da alternância de decúbitos;
- Exercícios isométricos dos quadricípites, glúteos e movimentos ativos da articulação tibiotársica;
- Verticalização em descarga;

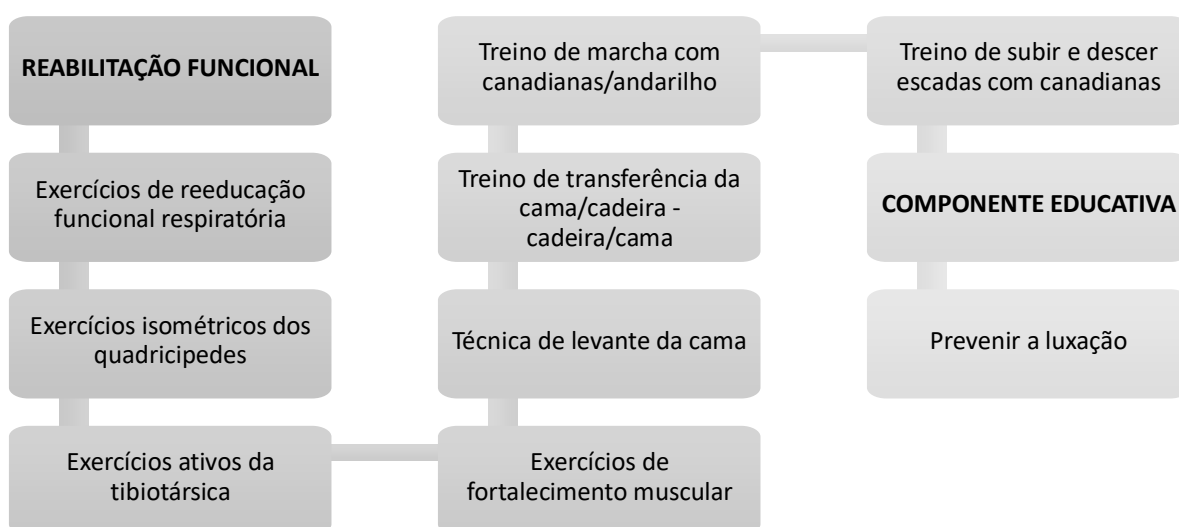
- Transferência da cama para a cadeira e vice-versa;
- Treino de marcha com canadianas ou outro auxiliar de marcha (Parente *et al.*, 2009).

Engloba ainda intervenções que visam a capacitação da pessoa submetida a ATA, tais como:

- Instrução e precaução sobre a ocorrência de luxação da anca;
- Instrução sobre transferências: Deitar e levantar da cama e da cadeira:
- Restrições no nível da cadeira: evitar cadeiras baixas. Recomenda-se aos doentes que olhem para o teto enquanto se sentam para minimizar a flexão do tronco;
- Sentar: evitar cruzar as pernas;
- Levantar-se da cadeira: deslizar até à beira da cadeira e depois levantar-se;
- Providenciar um elevador de sanita para se sentar na sua casa de banho
- Não se baixar, não deixar que as suas mãos passem os joelhos;
- Não se inclinar para a frente quando estiver sentado;
- Não rodar os pés para dentro (Brotzman e Wilk (2007).

O PR apresentado de forma esquemática na figura 1, sintetiza as linhas orientadoras do mesmo, servindo de base à nossa intervenção. Traduz-se num PR direcionado à pessoa submetida a ATA, englobando uma componente funcional e uma componente educativa, representando as diversas fases da execução do PR.

Figura 1 – Processo de execução do PR



Com base nas diferentes áreas de intervenção do PR aplicado à pessoa submetida a ATA, são apresentadas no seguinte quadro (quadro 1), as intervenções e exercícios realizados para a capacitação pré-operatória. A primeira parte refere-se à componente funcional e a segunda corresponde à componente educativa.

QUADRO 1 – PROGRAMA DE REABILITAÇÃO

I - Componente Funcional

Exercícios de reeducação respiratória:
▪ Treino de posição de descanso e relaxamento - 1 repetição;
▪ Dissociação dos tempos respiratórios - 3 séries, 10 repetições ;
▪ Respiração abdomino-diafragmática – 3 séries, 10 repetições;
Exercícios isométricos dos quadricípedes
▪ Contração durante 5 segundos dos glúteos, seguido de relaxamento 3 séries, 10 repetições.
Exercícios ativos da tibiotalársica:
▪ Flexão/extensão – 3 séries, 10 repetições;
▪ Inversão/eversão – 3 séries, 10 repetições .
Posicionamento no leito: membro operado em extensão, abdução e rotação neutra (triângulo abdutor).
Exercícios de fortalecimento muscular dos membros inferiores:
▪ Em pé ao fundo da cama - Flexão (até 90º) / extensão coxofemoral e joelho - 3 séries, 10 repetições;
▪ Abdução/adução (até à linha média) do membro operado, 3 séries, 10 repetições.
Técnica do levante da cama:
▪ Posicionar-se na cama, ficando quase em posição de sentado, mas mantendo a perna operada em extensão e alinhada;
▪ Na posição de sentado na parte lateral da cama, deve rodar o corpo da cama, mantendo a perna operada em extensão e alinhada;
▪ Colocar as mãos na cama, uma de cada lado, deslizar, fazendo pressão na perna não operada, e pôr-se de pé;
▪ Quando estiver de pé, deve apoiar-se no seu auxiliar de marcha.

Treino de transferência cama-cadeira, cadeira/cama (cadeira com e sem braços):
<ul style="list-style-type: none"> Sentar: Colocar-se de pé em frente da cadeira, de modo a que a parte de trás das suas pernas, fique encostada à borda dianteira do assento da cadeira;
<ul style="list-style-type: none"> Agarrar nos braços da cadeira, com uma mão de cada vez;
<ul style="list-style-type: none"> Deslizar a perna operada para a frente, mantendo o joelho em extensão;
<ul style="list-style-type: none"> Baixar-se até ficar sentado, apoiando as duas mãos na cadeira;
<ul style="list-style-type: none"> Levantar: exatamente a sequência contrária aos procedimentos de sentar.
Treino de marcha com andarilho/canadianas (Marcha a 3 pontos):
<ul style="list-style-type: none"> Para andar em plano: Avança primeiro com o dispositivo auxiliar de marcha, em seguida com a perna operada e por fim avança com a perna não operada.
Treino de subir e descer escadas com canadianas:
<ul style="list-style-type: none"> Subir: Colocar primeiro a perna não operada no primeiro degrau, seguida pelas canadianas, e por fim o membro operado.
<ul style="list-style-type: none"> Descer: Colocar primeiro as canadianas no degrau inferior, em seguida a perna operada, e por fim a perna não operada.

II – Componente Educativa

Prevenir a luxação
<ul style="list-style-type: none"> Manter sempre uma almofada entre as pernas;
<ul style="list-style-type: none"> Não deve fletir a anca operada mais de 90°;
<ul style="list-style-type: none"> Não deve cruzar as pernas;
<ul style="list-style-type: none"> Não deve sentar-se em cadeiras ou sanitas baixas;
<ul style="list-style-type: none"> Não deve rodar a perna operada para dentro ou para fora;
<ul style="list-style-type: none"> Não deve rodar na cama para o lado operado;
<ul style="list-style-type: none"> Não deve levantar a perna com o joelho em extensão;
<ul style="list-style-type: none"> Deve evitar andar em pisos irregulares, molhados e escorregadios.

Este PR foi construído de forma a poder ser adaptado a todos as pessoas submetidos a ATA. Como tal assumiu um carater generalista, mas reajustável às singularidades e caraterísticas de cada pessoa.

A metodologia tem como finalidade determinar as regras da investigação e a prova das verdades científicas, aglomerando o estudo dos meios pelos quais se percebem os fenómenos e se ordenam os conhecimentos (Vilelas, 2017).

No desenrolar da fase metodológica, a atenção do investigador é dirigida para o desenho de investigação, a escolha da população, da amostra, dos métodos de medida e de colheita de dados (Fortin, 2009).

Assim, ao longo deste capítulo demonstraremos os procedimentos usados no estudo empírico, fazendo a descrição e fundamentação das opções metodológicas a que recorreremos ao longo da investigação e que nos permitiram a sua execução.

1. OBJETIVOS DE ESTUDO

De acordo com Vilelas (2017), depois de o objeto de estudo estar delineado, é necessário definir claramente a meta ou metas que o investigador pretende alcançar. O objetivo de investigação determina aquilo que o investigador pretende atingir com a realização do trabalho de pesquisa, sendo para este autor sinónimo de meta e de fim.

O objetivo geral deve refletir a natureza do planeamento do problema e a ideia expressa no título do projeto, enquanto os objetivos específicos são os passos que se realizam para chegar ao objetivo geral (Vilelas, 2017).

A capacitação pré-operatória da pessoa submetida a ATA tem-se evidenciado como uma área com especial relevo e que deve ser tida em conta na planificação do plano de reabilitação.

Desta forma, surgiu a necessidade de capacitar a pessoa submetida a ATA através da implementação de um PR no pré-operatório, realizado por um enfermeiro de reabilitação, cuja finalidade foi aumentar a qualidade de vida das pessoas bem como melhorar a sua condição de saúde. Percebe-se, deste modo, a importância do estudo de investigação e da intervenção do EEER ao nível da capacitação pré operatória na pessoa submetida a ATA. Pois, como refere Parente *et al.*, (2009), o êxito da ATA está relacionado com o conhecimento e ensino proporcionado ao doente.

O objetivo de investigação deve indicar de forma clara qual é o fim que o investigador pretende alcançar, especificando a população junto do qual serão recolhidos os dados e o verbo de ação que serve para orientar a investigação (Fortin, 2009). Tendo em consideração a problemática e a questão de partida, traço o seguinte objetivo geral:

Analisar o impacto da capacitação pré-operatória na pessoa submetida a artroplastia total da anca.

Perante este, estabeleceram-se objetivos específicos, que irão aprofundar o presente estudo, designadamente:

- Descrever as diferenças da capacitação da pessoa submetida a ATA resultantes de um PR, comparativamente à pessoa que não teve;
- Analisar a perceção da pessoa com ATA, relativamente ao PR instituído.

Com este estudo pretende-se conhecer de forma mais detalhada as diferenças da capacitação da pessoa submetida a ATA resultantes de um PR, comparativamente à pessoa que não teve, por isso foram criados dois grupos o de intervenção e o de não intervenção, onde apenas o de intervenção foi submetido ao PR.

2. TIPO DE ESTUDO

No sentido de dar resposta aos objetivos traçados, optamos por delinear um plano metodológico, o qual originou o percurso e desenvolvimento do estudo. Em consonância com os objetivos traçados, optou-se por uma abordagem quanti-qualitativa, através de um estudo descritivo e transversal.

Nos estudos qualitativos existe uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito. Neste tipo de estudo o ambiente natural é a fonte direta para a recolha de dados, e o pesquisador é o instrumento chave (Vilelas, 2017).

Segundo o mesmo autor, os estudos qualitativos são flexíveis, uma vez que permitem um aprofundamento e pormenor dos dados, uma vez que dizem respeito ao objeto de estudo e evoluem com o decorrer da investigação. O investigador observa as pessoas, participa nas atividades, entrevista as pessoas, conduz histórias de vida ou estudos de caso e/ou analisa documentos já existentes. A pesquisa qualitativa quando aplicada à saúde pretende não só estudar o fenómeno em si, mas também compreender o seu significado individual ou coletivo, influenciando com isso a vida da pessoa.

Um estudo descritivo aponta a uma descrição, descoberta de fatores, caracterização e nomeação de um fenómeno, situação ou acontecimento, tornando-o conhecido, baseia-se em questões de investigação ou objetivos e não em hipóteses. O investigador tem o objetivo de descrever uma situação e o modo como determinado fenómeno se manifesta. Os estudos descritivos procuram especificar características importantes das pessoas, grupos, comunidades ou qualquer outro fenómeno que seja sujeito a análise, avaliam aspetos, dimensões ou componentes do fenómeno a investigar (Fortin, 2009).

Relativamente ao procedimento técnico, este é transversal, uma vez que são efetuados numa população para medir a prevalência de uma exposição a um determinado estímulo

e/ou resultado num ponto específico do tempo. O estudo transversal é a forma de apresentação sequencial de dados de qualquer tipo, que pretende informar acerca das suas variações ao longo do tempo, tornando-se essencial que as medições se efetuem sempre nas mesmas condições, usando sempre o mesmo instrumento de recolha de dados, uma vez que isto permite a exata comparação de resultados e possibilita fazer análises de tendências e outras inferências semelhantes (Vilelas,2017).

Vilelas (2017) diz ainda que ao nível da saúde, os estudos transversais são fundamentais para a avaliação das necessidades de cuidados de saúde bem como o planeamento desses cuidados. São fundamentais no que diz respeito às doenças crónicas, como é o caso da artrose, que requerem cuidados de saúde durante a sua permanência, sendo também importantes na avaliação do impacto das medidas preventivas destinadas a reduzir as doenças numa população.

3. CONTEXTO E PARTICIPANTES DO ESTUDO

Este estudo foi realizado num hospital da região Norte do país, num serviço de ortopedia, uma vez que nos permitiu ter acesso à população que se pretendia estudar, dado a elevada taxa de ATA realizadas neste serviço.

O serviço de ortopedia onde se desenvolveu o estudo possui uma lotação de 27 camas no total. Os utentes provêm da consulta externa, bloco operatório, serviço de urgência, outras unidades/ instituições de tratamento. Este serviço realiza uma grande diversidade de cirurgias, quer do foro traumatológico, quer do foro ortopédico, cirurgias programadas e em Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC). A equipa de enfermagem é constituída pela enfermeira chefe, um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação e cerca de vinte enfermeiros generalistas. Apesar deste serviço de ortopedia possuir um enfermeiro de reabilitação, este não consegue realizar ensino pré-operatório às pessoas que vão ser submetidas a ATA, face ao número de doentes a seu cargo bem como o número de vezes em que é solicitado a intervir.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), este distrito é composto por dez concelhos, duzentas e noventa freguesias, treze vilas e uma cidade, com uma população residente de 244836. É um distrito fundamentalmente rural, a densidade populacional é ligeiramente inferior à de Portugal, reflexo da desertificação e acentuado envelhecimento da população. No distrito de Viana do Castelo existe um crescimento da população idosa comparativamente à população mais jovem, em que se verifica uma maior percentagem populacional no grupo etário dos 25-64 anos, no entanto existe também um elevado número de pessoas com mais de 65 anos de idade (INE, 2012).

Deste modo, os participantes deste estudo foram as pessoas internadas no hospital da região norte, submetidas a ATA entre o mês de janeiro e fevereiro de 2019. Foram constituídos dois grupos, um grupo de intervenção (GI) e um grupo de não intervenção (GNI), cada um com 15 participantes. Os 30 participantes do estudo moravam no distrito de Viana do Castelo.

A amostra em estudo foi selecionada tendo em consideração o tempo para a concretização do mesmo, bem como o número fosse representativo para a obtenção de uma amostra adequada. Pelo que se verificou que em igual período de janeiro a fevereiro de 2018 foram submetidos a ATA no serviço de ortopedia 32 pessoas, dados esses fornecidos pelo serviço onde se desenvolveu o estudo. Desta forma, achou-se adequada a amostra selecionada para igual período de 2019.

Para este estudo a amostra foi não probabilística, accidental ou de conveniência. Não probabilística, porque os vários elementos da população não possuem a mesma probabilidade de fazer parte da amostra e de conveniência ou accidental uma vez que foi obtida sem nenhum plano preconcebido.

A amostra foi constituída pelas pessoas submetidas a ATA no serviço de Ortopedia entre janeiro e fevereiro, em que um grupo de participantes foi alvo de intervenção com um PR com vista a capacitação pré-operatória e outros não sendo, fizeram parte da amostra para dar resposta aos objetivos do mesmo. A escolha dos participantes teve em consideração a condição física e a capacidade para a realização do PR, apesar dos exercícios do PR implementado ser adequado a todo o tipo de ATA.

4. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS

A finalidade de um estudo só é efetivada quando se conseguem cumprir os objetivos propostos. Para tal torna-se indispensável um correto e eficaz procedimento de recolha de dados. Atendendo a Fortin (2009), na pesquisa qualitativa o método de colheita de dados tem em consideração as características do desenho, dos participantes, do investigador e das etapas da colheita, da análise e da interpretação.

O instrumento de recolha de dados deve transparecer e responder aos objetivos inicialmente propostos. Deste modo, optou-se pela entrevista como fonte de informação por se tratar de um modo particular de comunicação verbal entre duas pessoas, um entrevistador recolhe os dados e um respondente que fornece a informação (Fortin, 2009).

A vantagem da entrevista está relacionada com o facto de serem os próprios atores sociais quem proporcionam os dados relativos às suas condutas, opiniões, desejos, atitudes expetativas, os quais pela sua natureza são quase impossíveis de observar de fora (Vilelas,

2017). Ainda segundo o mesmo autor, este instrumento permite: maior contacto com a experiência individual de cada participante; a possibilidade de colher informações sobre temas ou assuntos mais complexos; obter respostas mais detalhadas, com uma taxa de resposta mais elevada.

Esta técnica permite ao entrevistador recolher informações de pessoas iletradas, esclarecer o conteúdo das questões, assim como adaptar-se às pessoas e às circunstâncias em que se desenrola a entrevista. Dá também a possibilidade de presenciar a expressão corporal, o tom da voz, e a ênfase atribuída às respostas dadas pelo entrevistado (Fortin, 2009).

De forma a facilitar a entrevista foi elaborado um plano de entrevista (apêndice I – Plano de entrevista), alicerçado pelo enquadramento teórico e com base na questão de investigação e nos objetivos do estudo em questão. Este plano de entrevista foi estruturado em 4 blocos: dados sociodemográficos; dados clínicos; *checklist* de avaliação da capacitação e por fim 2 questões abertas relacionadas com a perceção da capacitação de que foram alvo.

A primeira entrevista foi realizada aquando do primeiro contato com a pessoa que ia ser submetida a ATA. Nesta eram explicados os objetivos do estudo, bem como a distribuição das pessoas pelos dois grupos. A primeira parte da entrevista refere-se à caracterização sociodemográfica, através dos quais se recolheram dados sobre idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, profissão /ocupação, situação face ao emprego, estado civil.

A segunda parte referia-se aos dados clínicos pré-operatórios, peso, altura, IMC, diagnóstico de artrose na anca, conhecimento sobre patologia e ATA, bem como os cuidados inerentes após colocação de ATA. Estas duas dimensões tiveram como objetivo colher informação factual e assim caracterizar as pessoas com ATA.

A terceira parte do instrumento de recolha de dados é constituída por uma *checklist* de avaliação da capacitação (Apêndice I) em que as pessoas submetidas a ATA, foram avaliadas de acordo com os seguintes parâmetros: prevenir a luxação; levantar-se da cama; deambular; subir e descer escadas; sentar e levantar. Cada parâmetro foi avaliado de acordo com o nível de aquisição de competências: A - Adquiriu a competência; B - Adquiriu a competência parcialmente e C - Não adquiriu a competência. A quarta parte é constituída por uma entrevista com 2 questões abertas, relacionadas com os objetivos delineados para este estudo e apenas aplicada ao GI.

O instrumento de recolha de dados, foi submetido a um pré teste junto de uma amostra reduzida da população alvo, assim como da apreciação por dois peritos na matéria, neste caso, a orientadora do estudo e um enfermeiro de reabilitação. Foram efetuadas duas

entrevistas exploratórias, aplicadas a duas pessoas com ATA, não incluídos no grupo de participantes do estudo, para validar a compreensão e o tipo de respostas às questões efetuadas.

A aplicação do pré teste teve como objetivo perceber o tempo que a sua aplicação poderia demorar, a sua complexidade e compreensão e corrigir eventuais lacunas. Após análise do resultado do pré-teste e não havendo necessidade de alteração, o plano de entrevista, foi considerado definitivo, sendo composto por duas questões direcionadas para o fenómeno em estudo.

De seguida, descrevem-se os procedimentos utilizados para a aplicação do instrumento de recolha de dados, tal como se pode visualizar na figura 2.

Figura 2 – Desenho de investigação

	Questionário - dados sociodemográficos e clínicos	Aplicação do PR no Pré-operatório	Intervenção com o PR no pós-operatório	Avaliação de capacitação através de checklist no dia da alta	Entrevista para avaliação da perceção
Grupo de intervenção (GI)	A1 + A2	B1	C1	A1	A1
Grupo de não intervenção (GNI)	A1	---	---	A1	---

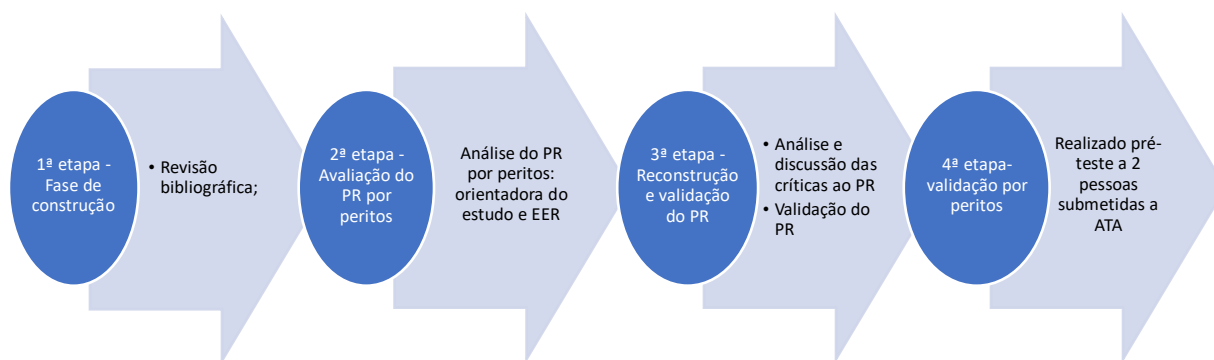
Legenda: A1 – Recolha de Dados; A2 – Capacitação sobre patologia e ATA; B1- PR com o investigador; C1- PR com o ER do serviço de Ortopedia.

Numa primeira etapa, os participantes foram distribuídos pelos GI e GNI tendo em conta se estavam inscritos em cirurgia programada, com entrada de véspera para o serviço, ou se faziam parte dos doentes inscritos em SIGIC com admissão no próprio dia. As pessoas com cirurgia programada foram distribuídas pelo GI e as inscritas em SIGIC foram distribuídas pelo GNI. Esta escolha assentou no facto de que os doentes com cirurgia programada entrarem no dia anterior à cirurgia, permitindo um contacto mais prolongado do enfermeiro de reabilitação com a pessoa submetida a ATA. Após esta primeira etapa, os participantes do GI foram submetidos a capacitação pré-operatória com recurso a um PR.

A figura 3 representa o processo relativo ao planeamento do PR. O PR realizado foi sujeito a discussão e validação por parte de peritos, incluindo a orientadora deste estudo, bem

como do enfermeiro especialista em reabilitação onde o estudo decorreu. Após validação dos peritos, realizamos o pré-teste do programa de reabilitação, o que permitiu fazer alguns acertos necessários ao programa a instituir.

Figura 3 – Processo de planeamento do PR



Após a conclusão das etapas referentes ao planeamento do PR procedeu-se à aplicação do PR, agora objetivando a recolha efetiva de dados. Assim, num primeiro momento efetuou-se a recolha de dados sociodemográficos e clínicos, tanto ao GI como ao GNI, de seguida aplicou-se o PR ao GI no pré-operatório e que se manteve até ao momento da alta. O GNI não foi contemplado com um PR personalizado e instituído pelo EEER, no entanto foram capacitados pelos enfermeiros de cuidados gerais e contacto esporádico por parte do enfermeiro de reabilitação. Na véspera da cirurgia e durante o internamento, existiu intervenção diária com o PR ao GI. A última etapa do estudo decorreu no dia da alta, em que ao GNI e GI, se aplicou a *checklist* de avaliação da capacitação de conhecimentos. Ao GI foi efetuada uma entrevista com duas questões abertas sobre a perceção e contributos da capacitação pré-operatória.

O PR descrito anteriormente, foi realizado pelo investigador principal no pré-operatório e no dia da alta, este foi mantido no pós-operatório pelo enfermeiro especialista em reabilitação do contexto em estudo. Tivemos atenção ao ambiente para que fosse calmo e adequado à sua realização. A duração média do programa foi de 60 minutos, sendo sempre ajustado à pessoa e à sua situação. Relativamente à frequência dos exercícios foi um trabalho de acordo entre o investigador e a pessoa submetida a ATA, tendo em conta a disponibilidade e a sua condição física e intelectual. Este PR foi adaptado e personalizado à pessoa de modo individual, tendo presente a capacidade, a motivação de cada um.

No dia da alta, o investigador fez a avaliação do PR através da aplicação de uma *checklist* de avaliação da capacitação e entrevista aberta com as questões sobre a perceção, expostas aos participantes de forma clara e ajustadas à capacidade de compreensão da pessoa. A entrevista foi gravada com o consentimento da pessoa e transcrita na totalidade.

5. ANÁLISE DE DADOS

O tratamento dos dados referentes à caracterização sociodemográfica e clínica, bem como da *checklist* de avaliação da capacitação, foi realizado através da estatística descritiva recorrendo ao Excel, e posteriormente foram apresentados em tabelas.

De forma a analisar os dados recolhidos nas entrevistas recorreu-se à análise de conteúdo. De acordo com Sampieri, Lucio e Calado (2013), os principais objetivos da análise qualitativa são: dar estrutura aos dados, organizando as unidades, categorias temas e padrões; descrever as experiências das pessoas; compreender o contexto que se inserem; encontrar sentido para os dados no âmbito da formulação do problema; relacionar os resultados da análise com fundamentação teórica.

Os métodos de análise de conteúdo implicam a aplicação de processos técnicos precisos, que tornam possível ao investigador elaborar uma interpretação segura que não tome como referência os seus próprios valores e representações (Fortin, 2009).

A análise de conteúdo possui duas funções: uma função heurística, ou seja, a análise de conteúdo enriquece a tentativa exploratória, aumentando a tendência para a descoberta e uma função de “administração da prova”, isto é, uma análise sistemática, contribui para a verificação no sentido de uma confirmação ou de uma infirmação de hipóteses ou de afirmações previamente estabelecidas. Desenvolve-se em três momentos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados, através da inferência e da interpretação (Bardin, 2014).

Após realização das entrevistas e depois da leitura das transcrições efetuadas, foi elaborada uma matriz de redução de dados (Apêndice III), e no final desta etapa realizou-se a categorização referente às diferentes áreas temáticas, categorias e subcategorias. Esta informação foi estruturada em tabelas, demonstrando o resultado definitivo da análise de conteúdo.

6. ASPETOS ÉTICOS

Toda a investigação científica com seres humanos assume uma grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes. Os princípios éticos baseados no respeito pela dignidade humana, nomeadamente o respeito pelo consentimento livre e esclarecido, o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais, devem ser garantidos (Fortin, 2006). Ao longo desta investigação foram salvaguardados o princípio da não maleficência, o princípio da autonomia, o princípio da beneficência e justiça.

De forma a respeitar os princípios éticos inerentes a este tipo de estudo, principalmente no que concerne à confidencialidade e à vida privada, foi requerido um pedido de autorização

ao Conselho de Administração (anexo I) da instituição onde se procedeu à recolha de dados, bem como à sua Comissão de Ética. Todo o percurso de investigação foi orientado de forma a respeitar o anonimato das pessoas envolvidas e a confidencialidade dos seus dados. Assim como os participantes seleccionados para o estudo foram informados dos objetivos e da importância da investigação, e aos que aceitaram participar foi pedido que assinassem e datassem um formulário de consentimento informado (apêndice II). A escolha do GI e GNI procurou evitar constrangimentos éticos, para que as pessoas que iam ser submetidas a ATA não sentissem diferenças de tratamento.

Aos participantes do GI e do GNI no momento da admissão foi entregue o consentimento informado e explicados os objetivos do estudo de investigação bem como a decisão de participarem ou não no mesmo. Após a obtenção do consentimento, o processo iniciou-se pela aplicação do questionário para a obtenção dos dados sociodemográficos e clínicos, preenchido pelo investigador. Após a realização das entrevistas, foi atribuída a cada uma delas um código alfanumérico, de forma a facilitar a sua consulta e preservar o anonimato.

Neste capítulo a apresentação e análise dos resultados em estudo referem-se a um grupo de 30 pessoas submetidas a artroplastia total da anca. Esta amostra é constituída por dois grupos de 15 pessoas, em que um foi denominado grupo de intervenção e o outro grupo de não intervenção.

1. CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

No sentido de caracterizar a amostra, apresentamos os resultados do questionário sociodemográfico e clínico nas tabelas que se seguem. Da análise efetuada à tabela 1, pode-se verificar que a idade mínima no GI é 43 anos e a máxima 82 anos, com uma média de idades de 65,4 anos, já no GNI a idade mínima é 42 anos e a máxima é de 83 anos, com uma média de idades de 66,6 anos. A amostra não apresenta diferenças no que respeita à idade.

Tabela 1 – Distribuição dos utentes (GI e GNI) em relação à idade

Idade		GI (n=15)	GNI (n=15)
	Mínimo	43	42
	Máximo	82	83
	Média	65,4	66,6
	Desvio Padrão	13,2	12,43

Relativamente ao peso, verificou-se que no GI o peso corporal mínimo é de 63 kg e o máximo de 130kg sendo a média de 83 Kg, com um desvio padrão de 16,14, no GNI o peso corporal mínimo é de 62 kg e o máximo de 108 kg, com uma média de 78,8 Kg e um desvio padrão de 12,24. Não se verificaram grandes diferenças, relativamente ao peso na amostra em estudo, conforme se apresenta na tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos utentes (GI e GNI) referente ao peso corporal

Peso		GI (n=15)	GNI (n=15)
	Mínimo	63	62
	Máximo	130	108
	Média	83	78,8
	Desvio Padrão	16,14	12,24

No que se refere à altura observa-se na tabela 3, que no GI a altura mínima é de 1,58 m e a altura máxima é de 1,98 m, com uma altura média de 1,70 m e um desvio padrão de 0,09,

enquanto no GNI a altura mínima é de 1,54 m e a máxima de 2,0 m, com uma altura média de 1,69 m e um desvio padrão de 0,11, verificando-se desta forma que a amostra em estudo não apresenta diferenças em relação à altura.

Tabela 3 - Distribuição dos utentes (GI e GNI) referente à altura

		GI (n=15)	GNI (n=15)
	Altura		
	Mínimo	1,58	1,54
	Máximo	1,98	2,00
	Média	1,70	1,69
	Desvio Padrão	0,09	0,11

Os dados apresentados na tabela 4, permitem caraterizar a amostra em estudo no que se refere ao índice de massa corporal (IMC), em que no GI o IMC mínimo foi de 23,76 e o máximo foi de 36,67, com uma média de 28,62 e um desvio padrão de 3,74, e no GNI o IMC mínimo foi de 24,69 e o máximo de 35,46, com uma média de 27,46 e um desvio padrão de 2,75, não se observando diferença entre os dois grupos em estudo.

Tabela 4 - Distribuição dos utentes (GI e GNI) referente ao IMC

		GI (n=15)	GNI (n=15)
	IMC		
	Mínimo	23,76	24,69
	Máximo	36,67	35,46
	Média	28,62	27,46
	Desvio Padrão	3,74	2,75

Legenda: **IMC** - >18,5 <24,9 (peso normal) ; >25,0 <29,9 (acima peso ideal) ; >30,0 <34,9 (obesidade grau I) ; >35,0 <39,9 (obesidade grau II)

No que se refere à caraterização da amostra relativamente ao sexo, observa-se que tanto no GI como no GNI 13 pessoas são do sexo masculino e 2 do sexo feminino. No que respeita ao estado civil, 13 pessoas do GI são casadas e 2 solteiras, no GNI 12 pessoas são casadas, 1 solteira e 2 viúvas, não se observando diferença considerável na amostra em estudo.

Tabela 5 – Distribuição dos utentes (GI e GNI) referente ao sexo e ao estado civil

		GI (n=15)		GNI (n=15)	
		n	%	n	%
Sexo	Masculino	13	86,7	13	86,7
	Feminino	2	13,3	2	13,3
Estado civil	Casado	13	86,7	12	80
	Solteiro	2	13,3	1	6,7
	Viúvo	0	0	2	13,3

Analisando a tabela 6, verifica-se que no GI 46,7% possui o ensino básico 2º ciclo, 40% o ensino secundário e 13,3% não possuem nenhuma habilitações, enquanto no GNI 73,3% da amostra possui o ensino primário, 20% o ensino básico e 6,7% o ensino secundário.

No que diz respeito à profissão, 73,3% da amostra do GI corresponde a trabalhadores qualificados da indústria, construção e artificies enquanto que GNI essa percentagem é de 46,7%. No GI, 20% são agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta e no GNI são 26,7. De forma similar no GI e GNI 6,7% são pessoal administrativo. Por fim o item não possui profissão/doméstica, não tem correspondência no GI, já no GNI foi de 20%.

Na classificação da amostra quanto à situação profissional verifica-se que a maior parte da amostra se encontra reformada, no GI 66,7%(10 pessoas) e no GNI 73,3 %(11 pessoas), da mesma forma que no GI 33,3% está empregado e no GNI 20% encontra-se na mesma situação face ao emprego. Por último, a percentagem de 6,7% no GNI corresponde á situação de desemprego.

Tabela 6 – Distribuição dos utentes (GI e GNI) relativamente às habilitações literárias, profissão e situação profissional

		GI (n=15)		GNI (n=15)	
		n	%	n	%
Habilitações literárias	Nenhumas	2	13,3	0	0
	Ensino básico- 2ºciclo	7	46,7	11	73,3
	Ensino básico- 3º ciclo	0	0	3	20
	Ensino secundário	6	40	1	6,7
Profissão	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	3	20	4	26,7
	Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artificies	11	73,3	7	46,7
	Pessoal administrativo	1	6,7	1	6,7
	Sem profissão/ Doméstica	0	0	3	20
Situação Profissional	Empregado	5	33,3	3	20
	Desempregado	0	0	1	6,7
	Reformado	10	66,7	11	73,3

Através da análise da tabela 7, verifica-se que a maioria das pessoas em estudo no GI e GNI foram diagnosticadas com artrose da anca no intervalo de 1 a 2 anos, correspondendo a 7 pessoas (46,7% da amostra).

Tabela 7 - Distribuição dos utentes (GI e GNI) segundo o tempo de diagnóstico da artrose da anca

		GI n=15		GNI n=15	
		n	%	n	%
Diagnóstico da artrose da anca	Menos de 1 ano	1	6,7	3	20
	1 e 2 anos	7	46,7	7	46,7
	3 a 4 anos	3	20	3	20
	5 ou mais anos	4	26,7	2	13,3

De acordo com a tabela 8, podemos verificar que a amostra não possui conhecimentos sobre o que é uma artrose da anca, uma vez que no GI 11 pessoas (73,3%), e por sua vez 13 pessoas (86,7%) do GNI não possuem esse conhecimento.

Quadro 8 - Distribuição dos utentes (GI e GNI) referente ao conhecimento sobre artrose da anca

		GI n=15		GNI n=15	
		n	%	n	%
Conhecimento sobre artrose da anca	Sim	4	26,7	2	13,3
	Não	11	73,3	13	86,7

Relativamente ao conhecimento sobre artrose da anca podemos verificar na tabela abaixo, que 14 pessoas (93,3%) do GI e 13 pessoas (86,7%) do GNI não possuem esse conhecimento.

Tabela 9 - Distribuição dos utentes (GI e GNI) relativamente ao conhecimento sobre a ATA

		GI (n=15)		GNI (n=15)	
		n	%	n	%
Conhecimento sobre ATA	Sim	1	6,7	2	13,3
	Não	14	93,3	13	86,7

Analisando a tabela 10, podemos observar que 14 pessoas do GI (93,3%) e 12 pessoas (80%) do GNI, não sabem que cuidados devem ter após ATA.

Tabela 10 - Distribuição dos utentes (GI e GNI) referente aos cuidados a ter após ATA

		GI (n=15)		GNI (n=15)	
		n	%	n	%
Cuidados após ATA	Sim	1	6,7	3	20
	Não	14	93,3	12	80

Pela análise da tabela 11, podemos verificar que ambos os grupos, 11 pessoas (73,3%) não possuíam ATA.

Tabela 11 - Distribuição dos utentes (GI e GNI) relativamente a serem portadores de ATA previa à cirurgia

		GI n=15		GNI n=15	
		n	%	n	%
ATA prévia à cirurgia	Sim	4	26,7	4	26,7
	Não	11	73,3	11	73,3

Relativamente ao número de dias de internamento e através da análise da tabela abaixo mencionado, observa-se que no GI o número mínimo de dias de internamento foi de 3 e o máximo de 6 dias, com uma média de 4,4 dias de internamento, já no GNI o número mínimo de dias de internamento foi de 4 e o máximo de 6 com uma média de 4,7 dias de internamento.

Tabela 12 - Distribuição dos utentes (GI e GNI) referente ao número de dias de internamento

		GI (n=15)	GNI (n=15)
Número de Dias de internamento	Mínimo	3	4
	Máximo	6	6
	Média	4,4	4,7
	Desvio Padrão	0,82	0,62

Término a apresentação dos dados referentes à caracterização da amostra, passamos à análise da *checklist* de avaliação da capacitação. Assim no ponto 2 iremos apresentar os dados obtidos com a aplicação da mesma.

2. CHECKLIST DE AVALIAÇÃO DA CAPACITAÇÃO

Neste subcapítulo apresentamos os dados de forma discriminada, dos itens avaliados através da *checklist* de avaliação da capacitação.

Posicionamento e Mobilização

Ao analisar a tabela 13 referente ao posicionamento e mobilização, pode-se verificar que 12 pessoas (80%) do GI adquiriram a competência de manter a almofada entre as pernas, enquanto no GNI apenas 10 pessoas (66,7%) o adquiriram.

Relativamente ao item não fletir a anca operada mais de 90°, 13 pessoas (86,7%) do GI adquiriram a competência na totalidade e no GNI somente 5 pessoas (33,3%) a adquiriram na totalidade, sendo que 10 pessoas (66,7%) do GNI adquiriram a competência parcialmente.

No item não cruzar as pernas, 14 (93,3%) pessoas do GI adquiriram essa competência na totalidade, já no GNI 8 (53,3%) pessoas adquiriram esse conhecimento na totalidade.

No que diz respeito ao item não se sentar em cadeiras ou sanitas baixas, 14 (93,3%) pessoas do GI adquiriram essa competência na totalidade, no GNI 13(86,6%) pessoas adquiriram essa competência na totalidade, e 1 (6,7%) pessoa não adquiriu a competência.

No que se refere ao item não rodar a perna operada para dentro, 12 pessoas do GI (80%) adquiriram essa competência na totalidade, já no GNI apenas 4 pessoas (26,7 %) o adquiriram na totalidade. No GNI 10 pessoas (66,6%) adquiriram essa competência parcialmente e 1 pessoa (6,7%) não adquiriu a competência.

Analisando a tabela, no item não rodar na cama para o lado operado, no GI 12 pessoas (80%) adquiriram competência na totalidade, enquanto no GNI apenas 3 pessoas (20%), adquiriram a competência na totalidade e 1 pessoa (6,7%) não adquiriu a competência.

Por fim, no item não elevar a perna com o joelho em extensão acima da anca, verificou-se que 13 pessoas (86,7%) do GI adquiriu a competência na totalidade, enquanto no GNI apenas 5 pessoas (33,3%) a adquiriram na totalidade.

Tabela 13 – Distribuição dos utentes (GI e GNI) referente à avaliação da *checklist* relativo ao posicionamento e mobilização

		GI (n=15)		GNI (n=15)		
		N	%	n	%	
Posicionamento e mobilização	Deve manter sempre uma almofada entre as pernas	A	12	80	10	66,7
		B	3	20	5	33,3
		C	0	0	0	0
	Não deve fletir a anca operada mais de 90°	A	13	86,7	5	33,3
		B	2	13,3	10	66,7
		C	0	0	0	0
	Não deve cruzar as pernas	A	14	93,3	8	53,3
		B	1	6,7	7	46,7
		C	0	0	0	0
	Não deve sentar-se em cadeiras ou sanitas baixas	A	14	93,3	13	86,6
		B	1	6,7	1	6,7
		C	0	0	1	6,7
	Não deve rodar a perna operada para dentro	A	12	80	4	26,7
		B	3	20	10	66,6
		C	0	0	1	6,7
	Não deve rodar na cama para o lado operado	A	12	80	3	20
		B	3	20	11	73,3
		C	0	0	1	6,7
	Não deve elevar a perna com o joelho em extensão, acima da anca	A	13	86,6	5	33,3
		B	2	13,3	9	60
		C	0	0	1	6,7

Legenda: A – Adquiriu competência; B – Adquiriu competências parcialmente; C – Não adquiriu competências

Levante da cama

Analisando a tabela 14 relativa ao levantar-se da cama, podemos observar que 11 pessoas (73,3 %) do GI, adquiriu a competência na totalidade relativamente ao item endireitar-se na cama, ficando quase em posição de sentado, mas mantendo a perna operada em extensão e alinhada, já no GNI apenas 4 pessoas (26,7%) adquiriram esta competência.

No que se refere ao item relativo à posição de sentado na parte lateral da cama, deve rodar o corpo na cama, mantendo a perna operada em extensão e alinhada, 12 pessoas do GI (80%) e 3 pessoas (20%) do GNI adquiriram a competência, 1 pessoa (6,7%) do GNI não adquiriu a competência.

Relativamente ao item colocar as mãos na cama, uma de cada lado, deslizar, fazendo pressão na perna não operada, e pôr-se de pé, verifica-se que 10 pessoas do GI (66,7%) e 4 pessoas (26,7%) do GNI adquiriu a competência. Apenas 1 pessoa (6,7%) do GNI não adquiriu a competência.

Analisando o último item desta tabela, quando estiver em pé, deve apoiar-se no seu auxiliar de marcha, observa-se que 12 pessoas (80%) do GI e 9 pessoas (60%) do GNI adquiriram a competência. No GI 1 pessoa (6,7%) não adquiriu a competência.

Tabela 14 – Distribuição dos utentes (GI e GNI) referente à avaliação da *checklist* relativo ao levantar-se da cama

		GI (n=15)		GNI n=15		
		n	%	n	%	
Levantar-se da cama	Endireitar-se na cama, ficando quase em posição de sentado, mas mantendo a perna operada em extensão e alinhada	A	11	73,3	4	26,7
		B	4	26,7	11	73,3
		C	0	0	0	0
	Na posição de sentado na parte lateral da cama, deve rodar o corpo na cama, mantendo a perna operada em extensão e alinhada	A	12	80	3	20
		B	3	20	11	73,3
		C	0	0	1	6,7
	Colocar as mãos na cama, uma de cada lado, deslizar, fazendo pressão na perna não operada, e pôr-se de pé	A	10	66,7	4	26,7
		B	5	33,3	10	66,7
		C	0	0	1	6,7
	Quando estiver em pé, deve apoiar-se no seu auxiliar de marcha	A	12	80	9	60
		B	2	13,3	6	40
		C	1	6,7	0	0

Legenda: A – Adquiriu competência; B – Adquiriu competências parcialmente; C – Não adquiriu competências

Deambulação com canadianas

Analisando a tabela 15, verificou-se que relativamente ao item deambular com canadianas 13 pessoas do GI (86,7%) e 7 pessoas (46,7%) do GNI adquiriram a competência.

Tabela 15 – Distribuição dos utentes (GI e GNI) referente à avaliação da *checklist* relativo ao deambular com canadianas

		GI (n=15)			GNI (n=15)	
			n	%	n	%
Deambular com canadianas	Para andar em plano avança primeiro com o dispositivo auxiliar de marcha, em seguida com a perna operada e por fim avança com a perna não operada	A	13	86,7	7	46,7
		B	2	13,3	8	53,3
		C	0	0	0	0

Legenda: A – Adquiriu competência; B – Adquiriu competências parcialmente; C – Não adquiriu competências

No que concerne à distribuição da amostra relativamente ao item subir e descer escadas, observa-se na tabela 16, que relativamente ao subir escadas 13 pessoas do GI (86,7%) adquiriram essa competência, já no GNI apenas 1 pessoa (6,7%) adquiriu essa competência na totalidade e 3 pessoas (20%) não adquiriram competência.

No que diz respeito ao item descer escadas com canadianas 13 pessoas do GI (86,7%) adquiriram essa competência, já no GNI apenas 5 pessoas (33,3%) a adquiriram, sendo que no GNI 1 pessoa não adquiriu competência.

Tabela 16 – Distribuição dos utentes (GI e GNI) referente à avaliação da *checklist* relativo ao subir e descer escadas

		GI (n=15)		GNI (n=15)		
		n	%	n	%	
Subir e descer escadas	Subir: colocar primeiro a perna não operada no primeiro degrau, seguida pelas canadianas, e por fim o membro operado	A	13	86,7	1	6,7
		B	2	13,3	11	73,3
		C	0	0	3	20
	Descer: colocar primeiro as canadianas no degrau inferior, em seguida a perna operada, e por fim a perna não operada	A	13	86,7	5	33,3
		B	2	13,3	9	60
		C	0	0	1	6,7

Legenda: A – Adquiriu competência; B – Adquiriu competências parcialmente; C – Não adquiriu competências

Sentar e levantar

Através da análise da tabela 17, pode-se verificar que 13 pessoas do GI (86,7%) adquiriram a competência do sentar após ATA, no GNI apenas 3 pessoas (20%) adquiriram essa competência na totalidade. No GNI 1 pessoa (6,7 %) não adquiriu a competência sentar.

Relativamente ao levantar 13 pessoas (86,7%) do GI adquiriram a competência, sendo que no GNI apenas 5 pessoas (33,3%) adquiriram a competência levantar após ATA e 1 pessoa (6,7%) não adquiriu competência.

Tabela 17 – Distribuição dos utentes (GI e GNI) referente à avaliação da *checklist* relativo ao sentar e levantar

		GI (n=15)		GNI (n=15)		
		n	%	n	%	
Sentar e levantar	Sentar: colocar-se em frente da cadeira, de modo a que a parte de trás das suas pernas, fique encostada à borda dianteira do assento da cadeira. Agarrar nos braços da cadeira, com uma mão de cada vez. Deslizar a perna operada para a frente, mantendo o joelho em extensão. Baixar-se até ficar sentado, apoiando as duas mãos na cadeira.	A	13	86,7	3	20
		B	2	13,3	11	73,3
		C	0	0	1	6,7
		A	13	86,7	5	33,3
	Levantar: exatamente na sequência contrária aos procedimentos de sentar.	B	2	13,3	9	60
		C	0	0	1	6,7

Legenda: A – Adquiriu competência; B – Adquiriu competências parcialmente; C – Não adquiriu competências

3. Perceção das pessoas submetidas a ATA sobre o PR

Com o objetivo de conhecer a perceção da pessoa com ATA relativamente à capacitação pré-operatória através de um PR e perceber qual o contributo que este programa teve para a sua recuperação após a cirurgia, procedeu-se à análise das narrativas referentes às questões abertas no dia da alta clínica. Como podemos observar no quadro seguinte (Quadro 2), após a análise das mesmas emergiram duas áreas temáticas: Perceção relativamente ao PR e Contributo do PR para a recuperação após ATA. No que respeita à área temática Perceção relativamente ao PR, resultaram duas categorias: Utilidade do PR e Necessidade da existência do PR.

Na segunda área temática analisada, Contributo do PR para a recuperação após a cirurgia, foram definidas duas categorias: Capacitação e Autonomia. Na categoria capacitação, emergiram três subcategorias: Cuidados a ter com a ATA; Exercícios de reabilitação; Conhecimento sobre a patologia e cirurgia. Na categoria Autonomia surgiram quatro subcategorias: Deambulação; Subir e descer escadas; Transferência/levante; Cuidado pessoal/higiene/eliminação.

Quadro 2 – Análise das áreas temáticas, categorias e subcategorias

Áreas temáticas	Categorias	Subcategorias
Percepção relativamente ao Programa de Reabilitação	Utilidade do Programa de Reabilitação	---
	Necessidade da existência de um Programa de Reabilitação	---
Contributo do Programa de Reabilitação para a recuperação após a cirurgia	Capacitação	Cuidados a ter com a ATA Exercícios de reabilitação Conhecimento sobre a patologia e sobre a cirurgia
	Autonomia	Deambulação Subir e descer escadas Transferência/levantar Cuidado pessoal/higiene/eliminação

Relativamente à percepção sobre o PR foram consideradas as unidades de análise referentes à categoria Utilidade do PR e Necessidade da existência de um PR .

▪ **Utilidade do Programa de Reabilitação**

Nesta categoria foram consideradas as unidades de análise referentes à percepção da pessoa submetida a ATA relativamente à utilidade do PR pré-operatório. A utilidade do PR foi referida por 6 pessoas, tal como demonstram as unidades de análise que se seguem:

“Achei muito boa ideia... pude fazer os exercícios antes de ser operado.”

Q 1

“Foi proveitoso e recomendo... já tinha colocado uma prótese há sete anos... e depois dos exercícios foi muito mais fácil, muito melhor...” **Q 3**

“Estes ensinamentos são importantes para não estragar o que foi feito... tenho feito muitas vezes os exercícios que me ensinou... estes ensinamentos são necessários, tudo o que for para ajudar na recuperação é bom...” **Q9.**

▪ **Necessidade da existência de um PR**

Nesta categoria a necessidade da existência de um PR foi mencionada por 3 pessoas, em 3 unidades de análise:

“...acho que todas as pessoas deviam fazer os exercícios antes da operação, senti-me mais seguro...” **Q10**

“...os exercícios serviram-me muito... era importante que fosse feito a todos os doentes...” **Q 11**

“É uma mais valia alguém ensinar estas coisas antes da cirurgia...” **Q15.**

Relativamente ao contributo do programa de reabilitação na recuperação após a cirurgia, foram consideradas as unidades de análise referentes às diferentes categorias e subcategorias.

▪ **Capacitação**

Desta categoria emergiram três subcategorias: cuidados a ter com a ATA; exercício de reabilitação; conhecimento sobre a patologia e sobre a cirurgia. Relativamente aos cuidados a ter com a ATA, estes foram referidos por 8 pessoas; os benefícios da realização dos exercícios de reabilitação foram evidenciados por 7 dos participantes; no que diz respeito ao conhecimento/ ensino sobre a patologia e sobre a cirurgia 3 pessoas manifestaram essa necessidade, tal como se pode verificar através das seguintes unidades de análise:

“Ajudou muito na recuperação, no sentido de que já sabia o que ia fazer e os cuidados que tinha que ter...” **Q1**

“...fiquei mais alerta com os cuidados a ter com uma prótese... eu não sabia. Eu sabia que tinha que ter alguns cuidados, mas agora estou mais alerta...” **Q6**

“...fiquei mais alerta para os cuidados a ter com a minha prótese. Serviu muito, que eu já estava muito esquecido desde a outra prótese...” **Q13**

“...pude fazer os exercícios antes de ser operado. Fui fazendo os exercícios sozinho antes e depois da operação” **Q1**

“...os exercícios ajudam a recuperar mais rápido.” **Q2**

“...acho que todas as pessoas deviam fazer os exercícios antes da operação, senti-me mais seguro...” **Q10**

▪ **Autonomia**

Desta categoria surgiram quatro subcategorias: Deambulação; Subir e descer escadas; Transferência/ levantar; Cuidado pessoal/ higiene/eliminação. Relativamente à deambulação, 3 pessoas evidenciaram a importância do PR no Pré operatório; já na subcategoria subir e descer escadas 1 dos participantes reforçou a necessidade destes ensinamentos; na transferência/levantar 2 pessoas abordaram a importância e a facilidade na execução após o PR; no cuidado pessoal/higiene/eliminação 1 pessoa falou na importância

deste PR ser realizado a todas as pessoas submetidas a ATA, tal como relatam os seguintes extratos de análise:

“...agora sei andar bem com as canadianas e não sabia. É uma mais valia alguém ensinar estas coisas antes da cirurgia, e agradeço por isso.” **Q 15**

“Foi importante, foi mais fácil levantar, ainda agora me levantei sozinho...”
Q 11

“...precisava de afinar algumas coisas, tinha dúvidas no subir e descer escadas e os ensinamentos da enfermeira ajudaram muito.” **Q8**

“...fiquei mais esclarecida e mais tranquila sobre a operação que ia fazer.”
Q5

“Acho que era melhor ensinar sempre um bocadinho antes da cirurgia, porque uma pessoa não sabe nada... depois de me ensinarem fiquei mais esclarecido, e recomendo.” **Q8**

“...era importante que fosse feito a todos os doentes porque a gente assim anda melhor, vou sempre à casa de banho sozinho...” **Q11**

Ao longo deste capítulo, através da apresentação e análise dos resultados obtidos foi possível perceber qual a importância que a capacitação pré-operatória detém quando se avaliam os ganhos em saúde através da aplicação de um PR individualizado, uma vez que o GI adquiriu mais competências do que o GNI. Por outro lado, também foi demonstrado através da percepção das pessoas submetidas a ATA a importância que estas atribuíram quer ao PR quer à intervenção do EEER.

Este estudo teve como foco de atenção a pessoa submetida a ATA e neste processo os desígnios foram : analisar o impacto da capacitação pré-operatória na pessoa submetida a ATA; descrever as diferenças da capacitação da pessoa submetida a ATA resultantes de um PR, comparativamente à pessoa que não teve e analisar a percepção da pessoa com ATA, relativamente ao PR instituído.

Neste capítulo a interpretação dos resultados em estudo refere-se a um grupo de 30 pessoas submetidas a ATA. Esta amostra foi dividida em dois grupos de 15 pessoas, em que um foi denominado de GI e o outro grupo de GNI.

A média de idade dos participantes no GI era 65,4 anos, em que a idade mínima era 43 anos e a máxima 82 anos, no GNI a média de idades era de 66,6 anos, em que a idade mínima é 42 anos e a máxima 83. Estes valores vão de encontro ao que refere Rejaili (2005) e a Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia (2010), que mencionam que esta patologia é bastante comum e se apresenta entre 44% e 70% dos indivíduos acima de 50 anos de idade e na faixa etária acima de 75 anos, esse número chega a 85%. Em Portugal a artrose primária representa 77% das causas que levam à necessidade de uma intervenção cirúrgica, sendo mais característico nas pessoas entre os 71 e 80 anos.

Relativamente ao peso corporal, verificou-se que no GNI a média era de 78,8 kg, sendo que o peso mínimo foi de 62 kg e o máximo de 108kg, no GI a média era de 83 kg, em que o peso mínimo foi de 63 e o máximo de 130 kg. Relativamente à altura no GNI a altura mínima foi de 1,54 m e a máxima de 2 m, no GI a altura mínima apresentada foi de 1,58 m e a máxima foi de 1,98 metros. No entanto foi nossa intenção relacionar peso e altura para assim obter o IMC, tendo-se verificado que tanto no GNI ($M=27,46$) como no GI ($M=28,62$) os participantes apresentam o seu peso acima do ideal. Estes dados vão de encontro a Parente *et al.*, (2009) e à Sociedade Portuguesa de Reumatologia, que referem que a artrose da anca está relacionada com o excesso de peso e consequente sobrecarga da articulação.

Relativamente ao sexo, verificou-se que tanto no GI como no GNI 86,78% dos participantes eram do sexo masculino, estes dados contrariam a bibliografia que diz que a OA é mais prevalente no sexo feminino do que no masculino (EpiReumaPt, 2015). Os dados obtidos podem justificar-se, dado que o internamento onde o estudo decorreu, ser maioritariamente do género masculino.

Verificamos ainda no que respeita ao estado civil, que a maioria é casada, 13 pessoas no GI e 12 pessoas do GNI. Relativamente às habilitações literárias verificou-se que estes têm uma escolaridade ao nível do ensino básico 2º ciclo, 7 pessoas do GI e 11 pessoas do GNI; são trabalhadores maioritariamente da indústria, construção e artificies 73,3% do GI

e 46,7% do GNI e estão reformadas 10 pessoas do GI e 11 do GNI. De acordo com Parente *et al.*, (2009) e com a Sociedade Portuguesa de Reumatologia (2013), a doença articular degenerativa constitui a patologia mais comum da articulação e de entre os fatores que podem estar na origem da doença, destacam-se o tipo de atividade profissional e ocupação da pessoa. Esta doença prejudica a qualidade de vida e se não for controlada, poderá causar incapacidade em milhões de pessoas em todo o mundo, particularmente em pessoas idosas. Duarte, *et al.*, (2013) corrobora e acrescenta que esta interfere a nível laboral, traduzindo-se por aumento do absentismo e reformas antecipadas.

A maioria dos participantes em estudo no GI (7) e GNI (7), foram diagnosticados com artrose da anca no intervalo de 1 a 2 anos, 11 pessoas do GI e 11 do GNI, não possuíam nenhuma prótese da anca no momento da entrevista.

No que diz respeito ao conhecimento sobre a patologia, 11 pessoas do GI e 13 do GNI não sabiam o que era uma artrose da anca. Acerca do conhecimento sobre ATA 14 pessoas do GI e 13 do GNI, não possuíam esse conhecimento. Relativamente aos cuidados a ter após ATA 14 pessoas do GI e 12 do GNI, não sabiam que cuidados ter. Estes dados refutam o que a bibliografia diz, uma vez o êxito da ATA reside em grande parte no ensino proporcionado ao doente (Parente *et al.*, 2009) e que as principais orientações consistem na preparação pré-operatória que engloba o esclarecimento do procedimento cirúrgico e dos objetivos da reabilitação pós-operatória (Gomes, 2013).

Através da análise dos dados, verificou-se que em relação aos dias de internamento por ATA o GI teve um mínimo de 3 dias de internamento e um máximo de 6, no GNI o mínimo foi de 4 dias de internamento e o máximo de 6. Verificou-se que o GI, teve uma média de 4,4 dias de internamento, comparativamente ao GNI que apresentou uma média de 4,7 dias de internamento. Apesar de a diferença não ser significativa relativamente aos dias de internamento, o GI apresentou valores mais baixos, que vão de encontro aos estudos realizados por Yoon *et al.*, (2010), no qual as pessoas submetidas a ATA que receberam o programa educacional no pré-operatório beneficiaram da redução de cerca de um dia de internamento, em relação aos que não receberam o respetivo ensino.

Em forma de síntese podemos dizer que relativamente aos resultados obtidos através da análise dos dados sociodemográficos e clínicos, os dois grupos em estudo são similares quanto às suas características, verificando-se que em ambos predomina o género masculino, com faixa etária acima dos 60 anos, com IMC acima do normal e que não possuem conhecimento sobre patologia, intervenção cirúrgica e cuidados a ter no pós operatório. Verificou-se também que o GI, teve uma diminuição dos dias de internamento

comparativamente com o GNI. Estes dados corroboram os vários autores abordados ao longo do estudo.

Após a interpretação dos resultados SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS passamos aos resultados referentes aos dados obtidos pela análise da *CHECKLIST* DE AVALIAÇÃO DA CAPACITAÇÃO.

Pode-se inferir, através da análise dos resultados relativos aos itens da tabela 13 referentes ao posicionamento e mobilização, que o grupo que foi capacitado no pré-operatório (GI) adquiriu mais competências que o GNI. Estes dados são comprovados pelos resultados obtidos nos diferentes itens, 12 pessoas do GI no item manter sempre uma almofada entre as pernas, adquiriram a competência na totalidade, enquanto no GNI apenas se verificou em 10 pessoas. No que diz respeito ao item não fletir a anca operada mais de 90°, 13 pessoas adquiriram a competência na totalidade, enquanto no GNI apenas se verificou em 5 pessoas. No item não cruzar as pernas, 14 pessoas adquiriram a capacidade no GI e no GNI apenas 8 pessoas a adquiriram. Em relação ao se sentarem em cadeiras ou sanitas baixas no GI 14 pessoas adquiriram a competência e no GNI 13 pessoas adquiriram na totalidade e 1 não adquiriu a competência. Relativamente ao não rodar a perna operada para dentro, 12 pessoas do GI adquiriram o conhecimento, enquanto no GNI apenas 4 o adquiriram na totalidade, sendo que 1 pessoa não adquiriu a capacidade. No que se refere a não rodar o corpo na cama para o lado operado, 12 pessoas do GI adquiriram a capacidade, já no GNI apenas 3 pessoas a adquiriram, sendo que 1 não adquiriu a capacidade. No item não elevar a perna, com o joelho em extensão acima da anca, verificou-se que 13 pessoas do GI adquiriram a capacidade na totalidade, enquanto no GNI, apenas 5 a adquiriram na totalidade, sendo que 1 pessoa não adquiriu a competência.

Os resultados obtidos vão de encontro a um estudo realizado por Ferrara et al., (2008), em que um grupo de pessoas foi submetido a sessões de ensino com base em: alongamentos dos isquiotibiais, adutores e músculos flexores da anca e exercícios de fortalecimento dos abdutores da anca e quadricípite femoral, exercícios com foco no realinhamento postural da coluna vertebral, ombros, cotovelos, punhos, mãos, ancas, joelhos e tornozelos e instrução sobre os movimentos que devem ser evitados, para prevenção de luxação da prótese e ainda ensino sobre as ajudas técnicas (canadianas, elevador de sanita, camas elevadas e uma pinça para ajudar a vestir e despir) e adotar uma postura correta. Concluíram que a reabilitação e terapia educacional pré-operatória em doentes submetidos a ATA são úteis.

Com a análise da tabela 14 relativo ao levantar-se da cama, podemos concluir que os participantes do GI adquiriram mais competências que o GNI, tal como se pode verificar

pelos resultados obtidos nos diferentes itens. No que se refere ao endireitar-se na cama, 11 pessoas do GI adquiriram a competência na totalidade, enquanto no GNI apenas 4 a adquiriram. Relativamente à posição de sentado na cama, 12 pessoas do GI e 3 pessoas do GNI adquiriram o conhecimento na totalidade, e 1 pessoa do GNI não adquiriu a competência. Em relação à posição das mãos na cama, e pressão na perna não operada para se pôr de pé 10 pessoas do GI e 4 do GNI adquiriram a competência na totalidade, e 1 pessoa do GNI não adquiriu a competência. No que diz respeito a apoiar-se no auxiliar de marcha quando em pé, 12 pessoas do GI e 9 pessoas do GNI adquiriu a competência na totalidade, sendo que 1 pessoa do GI não adquiriu a competência.

Relativamente à deambulação com auxílio de canadianas, verificou-se que 13 pessoas do GI e 7 do GNI adquiriram a competência na totalidade, no entanto no item subir escadas 13 pessoas do GI adquiriram a competência na totalidade, ao contrário do GNI que apenas uma pessoa adquiriu essa competência. No item descer escadas 13 pessoas do GI adquiriram a competência na totalidade e apenas 5 do GNI a adquiriram.

No que diz respeito ao sentar e levantar, 13 pessoas do GI e 3 pessoas do GNI adquiriram a competência de sentar na totalidade, e apenas 1 do GNI não adquiriu. Já no que se refere ao levantar, 13 pessoas do GI e 5 do GNI adquiriram a competência, e apenas 1 do GNI, não a adquiriu.

Estes resultados confirmam o que alguns autores dizem. Para Parente et al., (2009) um programa de educação eficaz no pré-operatório é condição essencial para uma recuperação bem sucedida, e deve incluir ensino e treino sobre posicionamentos no leito, exercícios isométricos dos quadricípites, glúteos e movimentos ativos, verticalização em descarga, transferência da cama para a cadeira e vice-versa, treino de marcha com canadianas ou outro auxiliar de marcha.

Para Walker (2012) efetuar treino de canadianas/andarilho, treino de transferências e exercícios antes da cirurgia, permite aumentar a confiança da pessoa em executá-los no pós-operatório. Também num estudo realizado por Vukomanović *et al.*, (2008), tinha como objetivo avaliar qual o impacto dos ensinamentos de reabilitação no pré-operatório têm na recuperação funcional no pós-operatório em doentes submetidos a ATA. O grupo experimental recebeu ensinamentos no pré-operatório que consistiam na preparação física, informação sobre a cirurgia e medidas de prevenção e reabilitação depois da ATA. Aferiram que o grupo experimental ao terceiro dia após cirurgia os doentes apresentavam-se mais independentes do que os do grupo de controlo sem qualquer atividade funcional, concluindo que os programas de educação no pré-operatório são eficazes na redução da ansiedade, níveis de dor, e período de internamento.

Infere-se através dos resultados obtidos nos diferentes itens da *checklist*, que o grupo capacitado através de um PR (GI), obteve um ganho efetivo na aquisição de competências relacionados com posicionamento, mobilização e deambulação com canadianas, tendo a capacitação pré operatória assumido um papel fulcral na obtenção destes resultados.

Após a explanação dos resultados obtidos com os 3 primeiros blocos do plano da entrevista, passaremos à interpretação das duas questões abertas realizadas no dia da alta clínica ao GI.

Através da análise de conteúdo das narrativas dos participantes, constituíram-se quatro categorias: Utilidade do PR; Necessidade da existência do PR; Capacitação e Autonomia. A categoria Capacitação abarca as subcategorias: cuidados a ter com a PTA; exercício de reabilitação e conhecimento sobre a patologia e sobre a cirurgia, e por fim a categoria Autonomia engloba as subcategorias: deambulação; subir e descer escadas; transferência/ levantar; cuidado pessoal/ higiene/eliminação.

Relativamente à primeira questão relacionada com a perceção da pessoa submetida a ATA acerca do PR a que foi submetido, sete participantes do GI, mencionaram que o PR que lhes foi feito no pré-operatório foi útil, importante e facilitador para a recuperação no pós operatório.

A capacitação pré-operatória assume um papel preponderante e de enorme importância para a execução do PR. Deste modo o sucesso do PR é obtido não só pelas intervenções de enfermagem, mas também pela capacitação que é transmitida ao doente. Isto tudo se traduz em ganhos em saúde no final. Como tal, a capacitação pré-operatória da ATA justifica-se como aspeto a ter em conta na conceção do plano de reabilitação (Kisner e Colby, 2016). Parente et al. (2009), vai mais além ao afirmar que o êxito da cirurgia de colocação de PTA depende fortemente do conhecimento e do ensino proporcionado à pessoa.

Três participantes do GI referiram que era necessário e importante a existência de um PR no pré-operatório, assumindo o EEER um papel fundamental na recuperação da pessoa submetida a ATA, uma vez que este tem a capacidade para conceber um programa de reabilitação e executá-lo no pré-operatório capacitando a pessoa sobre a cirurgia e seus objetivos, sobre sinais e sintomas de eventuais complicações, demonstrando os benefícios de uma reeducação e preparação funcional precoce.

De acordo com Sousa e Carvalho (2017) e Isaías, Sousa e Dias (2012), o PR pré operatório de uma pessoa que vai ser submetida a ATA, deve consistir em explicar o que é a ATA, o período previsível de recuperação e de reabilitação, orientações de progresso, instruções para a alta, recuperação no domicílio e exercícios de reabilitação. O enfermeiro de

reabilitação deve acompanhar as pessoas submetidas a ATA na realização do PR ao longo do processo de recuperação.

No que diz respeito à segunda questão efetuada ao GI, relacionada com o contributo do PR para a recuperação após a cirurgia, na categoria Capacitação, 7 pessoas deram ênfase aos cuidados a ter com a PTA, referindo que os ensinamentos realizados foram facilitadores e necessários para o processo de recuperação.

Os enfermeiros de reabilitação estão capacitados para observar e intervir junto das necessidades em termos de saúde e, assim, delinear estratégias de intervenção junto das pessoas. O objetivo dos cuidados de enfermagem de reabilitação deverá ser o de capacitar as pessoas dos cuidados de enfermagem de forma a criar oportunidades para que se sintam mais competentes, independentes e autoconfiantes em relação às suas capacidades para irem de encontro às suas necessidades.

Sousa e Carvalho (2017) defendem que o PR pré-operatório de uma pessoa que vai ser submetida a ATA, deve consistir em explicar o que é a ATA, o período previsível de recuperação e de reabilitação, orientações de progresso, instruções para a alta, recuperação no domicílio e os exercícios de reabilitação (Sousa e Carvalho, 2017).

Na subcategoria exercícios de reabilitação, 7 participantes do GI fizeram referência à importância da capacitação através de exercícios, mencionando que estes ajudam na recuperação tornando o pós-operatório mais fácil, e que estes deveriam ser realizados a todas as pessoas antes da cirurgia.

A ATA é um procedimento cirúrgico que cria no doente ansiedade, quer pela intervenção, quer pelo desconhecimento que o doente tem sobre a cirurgia. Atendendo às competências do EEER, o PR pré-operatório de uma pessoa que vai ser submetida a ATA, abrange diversas áreas de ação. Ou seja, numa primeira fase deve existir um esclarecimento e explicitação de todo o processo cirúrgico bem como do PR. Numa segunda fase existe a elaboração do PR e a sua execução sempre numa construção em simbiose com o próprio doente e com objetivos exequíveis e tangíveis.

Sousa e Carvalho (2017) confirmam que o PR deve consistir em explicar o que é a ATA, o período previsível de recuperação e de reabilitação, orientações de progresso, instruções para a alta, recuperação no domicílio e os exercícios de reabilitação. Neste período são recomendadas mobilizações passivas e ativas assistidas da articulação coxofemoral do lado intervencionado (Sousa e Carvalho, 2017). Um estudo de investigação realizado por Rooks *et al.*, (2006) o grupo experimental foi sujeito a um programa de exercício e educação 6 semanas antes da cirurgia. Analisando diferenças entre os grupos que tiveram intervenção no pré-operatório, pós-operatório imediato e após 8 a 26 semanas pós cirurgia,

inferiram que um programa de reabilitação a curto prazo no pré-operatório acelera a recuperação funcional dos doentes, e recomendam que seja realizado sempre que um doente seja submetido a ATA.

Na subcategoria Conhecimento sobre a patologia e sobre a cirurgia, 3 participantes referiram que a capacitação acerca destes itens, serviram para ficarem mais esclarecidos, e tranquilos com o procedimento cirúrgico.

O enfermeiro de reabilitação está numa posição privilegiada para capacitar o doente no pré-operatório, de modo a que este atinja o maior nível de independência possível. Sousa e Carvalho (2017) e Gomes (2013) corroboram desta opinião, referindo que as principais orientações da preparação pré-operatória englobam o esclarecimento do procedimento cirúrgico e dos objetivos da reabilitação pós-operatória e que o PR deve consistir em explicar o que é a ATA, o período previsível de recuperação e de reabilitação, orientações de progresso, instruções para a alta, recuperação no domicílio e os exercícios de reabilitação.

Relativamente à categoria Autonomia, temos a subcategoria deambulação, que foi referenciada por 2 participantes do GI, que relatam a importância da independência, autonomia e capacidade para andarem sozinhos.

Na subcategoria Subir e descer escadas 1 participante do GI referiu que o PR foi útil, uma vez que permitiu esclarecer dúvidas e treinar esta técnica. Já na subcategoria transferência/levantar 2 participantes do GI, referiram que a capacitação a este nível lhes deu autonomia para se transferirem e levantarem sozinhos. Na subcategoria Cuidado pessoal/higiene/eliminação uma pessoa referiu que a capacitação através de um PR, era importante porque lhe dava autonomia para ir à casa de banho sozinha.

A primeira fase de reabilitação do doente submetido a PTA no pré-operatório, tem como finalidade de promover a funcionalidade, o fortalecimento muscular, o ensino de transferências e do uso de auxiliares de marcha e os cuidados a ter após a artroplastia.

Fernandes (2011), Parente *et al.*, (2009) e Yeh *et al.*, (2005), atestam o que os participantes deste estudo relataram, referindo que os principais objetivos de um programa de capacitação pré-operatório preconiza o alívio da dor com posicionamentos antiálgicos, a mobilização precoce, o levantar, o ensino da marcha e o uso das escadas com auxiliares, o ensino de estratégias para realização das AVD de forma independente, o ensino e execução de exercícios de fortalecimento muscular, o esclarecimento e aconselhamento para a continuidade de cuidados no domicílio. Uma capacitação eficaz no pré-operatório é condição essencial para uma recuperação bem sucedida.

Relativamente ao GI capacitado com o PR, verificou-se que obteve melhores resultados que o GNI, traduzindo-se, em ganhos efetivos em saúde pela aquisição de competências e conhecimentos relacionados com a sua patologia, a sua cirurgia, posicionamento, mobilização e deambulação com canadianas, tendo a capacitação pré operatória assumido um papel fulcral na obtenção destes resultados.

Através da análise das duas questões abertas colocadas ao GI, pudemos inferir ainda que o GI referiu que o PR foi útil, eficaz e necessário para a sua recuperação. Evidenciaram ainda que se tornaram mais autónomos, confiantes e seguros na deambulação, no subir e descer escadas com auxiliar de marcha, na transferência e levante e nos cuidados pessoais, como higiene e eliminação. Os participantes do GI reforçaram, que era importante que todos os doentes submetidos a ATA, fossem capacitados no pré-operatório com um PR, uma vez que foi importante para a sua recuperação.

No momento da alta, todos os participantes do GI tinham conhecimentos sobre a realização de todos os exercícios, uma vez que o PR foi realizado até ao dia da alta, de forma a que estes adquirissem as competências e conhecimentos necessários. Esta aquisição de conhecimentos por todos os participantes, permite-nos afirmar que houve interesse e motivação na realização do PR de forma a melhorar a sua qualidade de saúde. Por outro lado, dá-nos a garantia de que o PR era exequível, adaptado à amostra em estudo e às suas necessidades.

▪ Limitações do estudo

Tratando-se de um estudo de carater qualitativo realizado num contexto próprio, com uma população específica, não podemos efetuar generalizações, uma vez que o tempo para intervenção junto do GI foi muito reduzido, dado que os doentes entraram na véspera da cirurgia e o período de internamento ser cada vez menor.

Este estudo teve como limitação o facto de a recolha de dados estar dependente do internamento de doentes para cirurgia eletiva de ATA, o que num serviço de ortopedia não é fácil, dado o elevado número de internamentos de doentes com outras patologias do foro ortopédico e traumatológico. O processo de recolha de dados foi moroso, uma vez que para garantir a correta aplicação do PR foi necessário despende em média 60 minutos para cada pessoa do GI.

Apesar das limitações deste estudo, através dos resultados alcançados foi possível uma melhor compreensão sobre a necessidade de capacitação pré operatória na pessoa submetida a ATA, sendo por isso atingidos os objetivos inicialmente propostos.

CONCLUSÕES

A realidade mostra-nos, que os últimos anos de vida são muitas vezes acompanhados, por aumento das situações de doença crónica e de incapacidade, como é o caso da artrose da anca. Com o aumento da longevidade, a cartilagem da cabeça do fémur e do acetábulo, sofrem desgaste e o osso fica exposto em contacto direto, causando distorção das superfícies articulares. Esta articulação, quando comprometida pela OA, evolui para a incapacidade total com indicação cirúrgica.

A artrose da anca deve ser tratada de forma a proporcionar uma vida de qualidade às pessoas. Desta forma a substituição da cartilagem articular por uma prótese tem como objetivo eliminar a dor e a limitação causada pela artrose, permitindo à pessoa uma rápida recuperação funcional.

A capacitação pré-operatória da pessoa submetida a ATA, surge como um aspeto fulcral do plano de reabilitação, devendo-se adequar estratégias de intervenção direcionadas para as necessidades e ou dificuldades percecionadas pela pessoa submetida a ATA, de forma a otimizar o seu processo de reabilitação. O conhecimento e ensino proporcionado à pessoa submetida a ATA, está relacionado com o sucesso da cirurgia.

A responsabilidade de capacitar a pessoa submetida a ATA com novas habilidades e competências necessárias ao cuidado e recuperação da autonomia deve ser principalmente assumida pelo enfermeiro especialista em reabilitação, uma vez que este deve intervir no pré-operatório no sentido de os capacitar o mais precocemente possível sobre a patologia, a cirurgia, sobre mobilizações e realização de atividades de vida.

Baseados neste quadro de referência, desenvolvemos o nosso estudo e dos resultados emanados, emergiram as seguintes conclusões:

- As pessoas que constituíram a amostra têm uma média de idade de 66 anos no GNI e de 65 anos no GI, são maioritariamente do sexo masculino, apresentavam um peso acima do ideal, maioritariamente tinham frequentado o ensino básico 2º ciclo e eram trabalhadores na área da indústria, construção e artífices. Tanto no GNI como no GI a maioria, tinha sido diagnosticada com artrose da anca no intervalo 1 a 2 anos. Relativamente à patologia, 13 pessoas do GNI e 11 do GI referiram que não sabiam o que era a artrose da anca e relativamente ao conhecimento sobre ATA, 13 pessoas do GNI e 14 do GI, não possuíam esse saber. No que se refere aos cuidados a ter após ATA, 12 pessoas do GNI e 14 do GI não sabiam os cuidados a ter.
- Das trinta pessoas submetidas a ATA, 15 não tiveram intervenção do EEER com o PR personalizado (GNI), enquanto as restantes 15 (GI) tiveram intervenção deste

profissional desde o pré-operatório até ao dia da alta; Relativamente ao GI capacitado com o PR, verificou-se que obteve melhores resultados que o GNI, traduzindo-se, em ganhos efetivos em saúde pela aquisição de competências e conhecimentos relacionados com a sua patologia, a sua cirurgia e cuidados a ter, posicionamento, mobilização e deambulação com canadianas;

- A intervenção do EEER interferiu significativamente na dependência funcional para as AVD uma vez que o GI se mostrou mais confiante, independente, autónomo e capaz para a sua realização;
- Inferimos que o GI referiu que o PR foi útil, eficaz e necessário para a sua recuperação. Evidenciaram ainda que se tornaram mais autónomos, confiantes e seguros na deambulação, no subir e descer escadas com auxiliar de marcha, na transferência e levantar e nos cuidados pessoais, como higiene e eliminação. Os participantes do GI reforçaram, que era importante que todos os doentes submetidos a ATA, fossem capacitados no pré-operatório com um PR, uma vez que foi importante e útil para a sua recuperação.

Pelo exposto, consideramos que emerge a necessidade da realização de capacitação pré-operatória às pessoas submetidas a ATA através da intervenção do EEER o mais precocemente possível, baseado nas dificuldades e necessidades da pessoa com ATA, de forma estas tenham mais qualidade de vida, independência e autonomia, com o objetivo principal de alcançar ganhos em saúde.

Com base nos resultados obtidos, pensa-se que este estudo pode catapultar outras investigações na área da temática abordada em diferentes momentos, ou seja poderiam realizar-se estudos que avaliassem a longo prazo o impacto da capacitação pré-operatória, relacionados com as complicações a longo prazo, decorrentes ou não da capacitação pré-operatória; estudos que incidissem sobre o impacto da capacitação pré-operatória através de um PR personalizado, desde a primeira consulta pré-operatória, de modo a permitir um contacto mais prolongado do enfermeiro com a pessoa que vai ser submetida a ATA para uma capacitação mais eficaz.

Este estudo permitiu demonstrar alguns benefícios da capacitação pré-operatória da pessoa submetida a ATA, executada por EEER, possibilitando trazer novos dados baseados na evidência que decorrem da prática de enfermagem. Assim, acreditamos que com esta investigação contribuímos para que a enfermagem consiga evoluir e afirmar-se, cada vez mais, como disciplina cada vez mais especializada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMENDOEIRA, J. **Entre preparar enfermeiros e educar em enfermagem uma transição inacabada 1950-2003: Um contributo sócio histórico.** [Em linha] (2004). [Consult. Em 1 fevereiro 2019]. Disponível em WWW:<URL: <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/92/1/Entre%20Preparar%20Enfermeiros%20e%20educar%20em%20Enfermagem%5B1%5D.%20Uma%20transi%C3%A7%C3%A3o%20inacabada.pdf>
- ARIOTTI, D. L. [et al.,] **Avaliação da Qualidade de Vida de Indivíduos com Osteoartrose da Coluna.** Vol.10, 2011.
- ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO. **Gestão em Enfermagem: o papel do enfermeiro de reabilitação** [Em linha] (2011). [Consult. em 01 fevereiro 2019]. Disponível em WWW:<URL: <http://aper.com.pt/atividades/artigo-gestao-emenfermagem-o-papel-do-enfermeiro-de-reabilitacao-10-02-2011/>>.
- BANDHOLM, T., KEHLET, H. **Physiotherapy exercise after fast-track total hip and knee arthroplasty: Time for reconsideration.** Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. [Em linha] (2012). [Consult. 16 de Maio 2019] Disponível em WWW:<URL: [https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(12\)00108-6/fulltext](https://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(12)00108-6/fulltext).
- BEREND, K., LOMBARDI, A., MALLORY, T. **Protocolo de *Rapide Recovered* no pré-operatório de ATA.** Orthopaedic Surgery . Ohio, 2004.
- BROTZMAN, S. B., WILK, K. E. **Handbook of Orthopaedic Rehabilitation.** B. Ginsburgs, Ed. 2ª ed., p. 840. United States of America: Mosby, 2007.
- CARVALHO, A. e CARVALHO, G. **Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação.** Loures: Lusociência, 2006. ISBN 972-8930-22-4.
- COIMBRA, I.B. [et al.,]. **Consenso brasileiro para o tratamento da osteoartrite (artrose).** Revista Brasileira Reumatologia, 42 (6), 371-4.[Em linha (2002). [Consult.12 de Dezembro 2018] Disponível em: WWW:<URL: <http://www.cidmed.com.br/pdf/osteoartrite.pdf>
- COMISSÃO EUROPEIA. **Documento de Reflexão sobre a dimensão social da Europa.** COM 206 de 26 de abril de 2017. ISBN: 978-92-79-68505-7.
- CRUZ, Arménio; HENRIQUES, Fernando; AFONSO, José; FERREIRA Maria; COSTA, Maria; COIMBRA, Maria. **Técnicas de Reabilitação II.** (2ªedição) Coimbra, Formasau, 2007.

- CUNHA, E. - **Enfermagem em Ortopedia**. Lisboa, LIDEL, 2008. ISBN 978-972-757-5039.
- DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. **Artroplastia Total da Anca**. (Norma nº 014/2013 de 23/09/2013), 2004.
- DUARTE, V. [et al.,] **Exercícios físicos e osteoartrose: uma revisão sistemática**. Fisioterapia e movimento, vol.26, 2013.
- EPIREUMAP. **O retrato das doenças reumáticas em Portugal**. Edições NeWs Farma. [Em linha] (2015) [Consultado em 4 de janeiro 2019]. Disponível em WWW:<URL: http://www.reumacensus.org/pdf/publicacoes/2015/medico-news/MN_Especial_EpiReumaPt_final_10.02.15_RPO.pdf
- FAUSTINO, A. **Epidemiologia e Importância Económica e Social das Doenças Reumáticas** - Estudos Nacionais, 2002.
- FERNANDES, S. O ensino pré-operatório na pessoa submetida a artroplastia total da anca. Viseu. [Em linha] (2011). [Consult. 25 de janeiro de 2019]. Disponível em WWW:<URL:<http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2203/1/FERNANDES%2C%20Silvia%20Cristina%20Monteiro%20%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado%20RESTR..pdf>
- FERRARA, P. E., [et al.,] **Efeito da fisioterapia pré-operatória em pacientes com estágio final da osteoartrite submetidos a ATA**. Clinical Rehabilitation, 22(10-11), 977–86, 2008. doi:10.1177/0269215508094714.
- FILIPE, A.; AFONSO, C.; LIMA, G. **O doente submetido a artroplastia total da anca – cuidados de Enfermagem**. Revista Sinais Vitais nº 71. Lisboa, 2007. ISBN 08720844.
- FORTIN, M. **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Lisboa: Lusodidata, 2009. ISBN:978-989-8075-18-5.
- GOMES, J. M. A pessoa com artroplastia total da anca. Atividades de vida diária e qualidade de vida. Viana do Castelo. [Em linha]. (2013). [Consult. 13 de Abril de 2019]. Disponível em WWW:<URL:http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1324/1/Jacinta_Gomes.pdf
- HALL, C. ; BRODY, L **Exercício Terapêutico na Busca da Função**. Rio de Janeiro: Nova Guanabara, 2001. ISBN 978-85-277-1934-6.
- HARKESS, J. - **Artroplastia do quadril. Cirurgia ortopédica de Campbell**. 10ª Edição, Barueri: Manole, 2006, cap.7, p. 315-482.

- HEBERT, S. **Ortopedia e Traumatologia**. Porto Alegre : Artemed, 2017. ISBN 978-85-8271-377-8.
- HENRIQUES, S. **O que você deve saber sobre a artroplastia total do quadril**. Instituto Affonso Ferreira. [Em linha] (2008). [Consult. a 7 de Maio. de 2019]. Disponível em WWW:<URL: <https://docplayer.com.br/311648-O-que-voce-deve-saber-sobre-a-artroplastia-total-do-quadril.html>
- HUO [et al.,]. **What's new in total hip arthroplasty**. Council of Musculoskeletal Specialty Societies (COMSS) of the American Academy of Orthopaedic Surgeons. 2008. doi: 10.2106/JBJS.H.00741.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - **Censos 2011 Resultados Definitivos** – Portugal. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2012. ISBN 978-989-25-02793.
- ISAÍAS, F., SOUSA, L. & DIAS, L. **Noções gerais da reabilitação respiratória na pessoa submetida a cirurgia torácica/cardiaca/abdominal**. In M.C. Cordeiro & E. C.Menoita, Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: conceitos, princípios e técnicas (pp. 303-314). Loures: Lusociência, 2012. ISBN 978-972-8930-86-8.
- JOLLES BM, BOGOCH ER. **Posterior versus lateral surgical approach for total hip arthroplasty in adults with osteoarthritis**. Cochrane Database Syst Rev. 2006.
- JONES, D., [et al.,]. **Update on Hip and Knee Arthroplasty: Current State of Evidence**. [Em linha] (2005). [Consult. 13 de março 2019]. Disponível em WWW:<URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/art.21465>
- JUDAS, F. **Patologia Cirúrgica da Anca**. Coimbra. 2011.
- KISNER, C., & COLBY, L. **Exercícios Terapêuticos fundamentos e técnicas**. Brasil: Editora Manole Lda., 6ª ed, 2016. ISBN 9788520436776.
- LAVERACK, G. **Promoção de saúde. Poder e empoderamento**. Loures: Lusodidata, 2004.
- LEMOS, K.; NASCIMENTO, L.;GUEDES, R. (2009) – **Impacto da reabilitação na marcha de indivíduos idosos com artroplastia total de quadril: revisão sistemática**. **Revista Geriatria & Gerontologia**. Rio de Janeiro, nº3. ISSN: 1809-9823.
- LIGA PORTUGUESA CONTRA AS DOENÇAS REUMÁTICAS. [Em linha] (2014) [Consult. 16 de Abril 2019] Disponível em WWW:<URL: <https://www.lpcdr.org.pt/>
- LOUREIRO, I., E MIRANDA, N. **Promover a Saúde: dos Fundamentos à ação**. Coimbra: Almedina,2010.

- MARTINS, M.M., FERNANDES, C.S. **Percurso das necessidades em cuidados de enfermagem nos clientes submetidos a artroplastia da anca.** Revista Referência. Coimbra, II Série, nº 11, Dezembro. p.79-92, 2009. ISSN 0874-0283
- MARX, F. C., [et al.]- **Tradução e Validação Cultural do Questionário Algo funcional de Lequesne para Osteoartrite de Joelhos e Quadril para a Língua Portuguesa.** Revista Brasileira Reumatologia, 46(4) 253–260, 2006.
- MAXEY, L., MAGNUSSON, J. **Rehabilitation for the postsurgical orthopedic patient.** Missouri: Elsevier: Mosby Elsevier, 2007.
- MAZIÈRES, B.TR; ESSOL-VERROUÍL, E. **Características generales de la artrosis.** In Enciclopédia Médico-Cirúrgica. (1-14). Paris: Elsevier, 2003.
- MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO. **Parecer sobre atividades de vida.** Parecer 12/2011
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.** Lisboa, 2011.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento Ativo: Uma política de Saúde.** [Em linha] (2005). [Consult. 11 Maio 2019]. Disponível em WWW:<URL: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/saude-do-idoso.aspx>
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Promovendo qualidade de vida após acidente vascular cerebral: um guia para fisioterapeutas e profissionais de atenção primária à saúde.** Porto Alegre: Artmed Editora. 2003.
- PARENTE, C., [et al.,]-**Artroplastia da Anca.** In A.G. Cruz, L.M.N. Oliveira, V.C. Conceição (Coord.) Enfermagem em Ortotraumatologia (2ª Ed). Coimbra: Formasau, Formação e Saúde Lda., 129-163p, 2009. ISBN: 978-989-8269-01-0.
- PASSIAS, P. G., BONO, J. V. **ATA na população mais velha.** 2006.
- PATRIZZI, L. J. [et al.,] **Análise pré e pós-operatória da capacidade funcional e qualidade de vida de pacientes portadores de osteoartrose de quadril submetidos a artroplastia total.** Revista Brasileira Reumatologia. Brasil. 2004, p.185-191. ISSN: 04825004.
- PEREIRA, D., RAMOS, E., BRANCO, J. **Osteoarthritis.** Acta Médica Portuguesa.[Em linha] (2014). [Consult. 7 de Março 2019]. Disponível em WWW:<URL: <http://actamedicaportuguesa.com/doc/5477-rfm.pdf>
- PHANEUF, M. **Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado.** Coimbra: Ed. Quarteto, 2001. ISBN 972-8535-78-3

- PHIPPS, W., SANDS, J. K., MAREK, J. F. (2011). **Enfermagem médico cirúrgica**. 7.^a Ed. Loures: Lusociência.2011.
- PISONI C., [et al.,] **International Classification of Functioning Disability and Health (ICF) Core Sets for Osteoarthritis. A Useful Tool in the Follow-up of Patients After Joint Arthroplasty**. European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine, 44 (4), 377-85, 2008.
- QUEIROZ, M. **Doenças Reumáticas, guia e exercícios para doentes**. Lisboa. Edições LIDEL, 2011.
- Regulamento n.º 125/2011 Referente ao Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Publicado em Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011.
- REJAILI W, CHUEIRE A, CORDEIRO J, PETEAN FC., [et al]. **Avaliação do uso do Hylano GF-20 no pós-operatório de artroscopia de joelho por artrose**. Ata Ortopédica Brasileira. 2005, vol. 13. ISSN: 14137852
- RELVAS, C.; SIMÕES, J. **Próteses da anca anatomicamente adaptadas**. Abrantes: 1º Encontro de Biomecânica, 2005.
- RESSURREIÇÃO, L. O. **Principais complicações da artroplastia total de quadril não cimentada : uma revisão sistemática**. Universidade Federal Da Bahia, 2014.
- RITTERMAN, S., E RUBIN, L. (2013). **Rehabilitation for Total Joint Arthroplasty**. Rhode Island Medical Journal. [Em linha] (2013). [Consult. 5 de fevereiro 2019] Disponível em WWW:<URL: <http://rimed.org/rimedicaljournal/2013/05/2013-05-19-ortho-tja.pdf>
- ROOKS, D.[et al.,].**Efeito do exercício pré-operatória do estado funcional em homens e mulheres que se submetem a ATA**. Arthritis Rheum., 55(5), 700–8, 2006. doi:10 1002
- SANTOS, P. F. M. **Osteoartrose. Manual de terapêutica Médica**. Lisboa : Lidel, 2003.
- SCHAPIRO, S. **Terceira Idade – Cresce o uso de próteses para artrose**. Revista Partes. São Paulo – Brasil: Gilberto da Silva, 2006.
- SERRA, L. M.; OLIVEIRA, A. F.;CASTRO, J. C. (2012). **Critérios fundamentais em Fraturas e Ortopedia**. 3ª edição. Porto: Lidel,2012. ISBN 9789727577552
- SHARMA, L., & BERENBAUM, F.**Osteoarthritis**. Elsevier Health Sciences, 2007.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA – **Relatório anual do registo português de artroplastias**. [Em linha] (2010). [Consult. a 13 de Maio

de 2018]. Disponível em WWW: <URL:http://www.rpa.spot.pt/getdoc/a569ac72-8778-443f-b886-6c8896cba947/1066-001172_Relatorio_3.aspx

- SOCIEDADE PORTUGUESA DE REUMATOLOGIA - Osteoartrose. [Em linha]. (2013). [Consult. 19 de janeiro de 2019]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.spreumatologia.pt/doencas/osteoartrose/o-que-acontece-ao-longo-da-evoluçãoda-doença-/92>
- SOUSA, L., & CARVALHO, M. L. **Pessoa com Osteoartrose na Anca e Joelho em Contexto de Internamento e Ortopedia**. In **CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO À PESSOA AO LONGO DA VIDA** (pp. 57- 62; 405–420; 525-530). Loures: Lusodidacta, 2017. ISBN:978 989 8075 73 4.
- VILELAS, J. **Investigação O Processo de Construção do Conhecimento**. 2ª edição. Lisboa: Edições Sílabo, 2017. ISBN 9789726189015
- VIOLANTE, A.P.S.M. **Efetividade de Ensino Pré Operatório em Doentes Submetidos a Artroplastia Total da Anca**. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. [Em linha] (2014). [Consult. 13 de Fevereiro 2019] Disponível em WWW:<URL:https://www.google.pt/search?source=hp&ei=taT3XLQs0cxo3uGTmAE&q=violante%2C+a.p.s.m.+%282014%29.+efetividade+de+ensino+pr%C3%A9+operat%C3%B3rio+em+doentes+submetidos+a+artroplastia+total+da+anca.&oq=&gs_l=psy-ab.1.0.35i39l6.0.0..6453...1.0..0.180.180.0j1.....0.....gws-wiz.....6.._l_gxeH9syE
- VUKOMANOVIĆ, A., ZORAN, P., ALEKSANDAR, Đ., & KRSTIĆ, L. **Os efeitos da reabilitação pré-operatória a curto prazo e educação sobre a recuperação funcional precoce de doentes submetidos a ATA**. Academia Medica Militar, Belgrade, 2008.
- WALKER, J. [Em linha] (2012). [Consult. 14 de Maio 2019]. Disponível em WWW:<URL:[http://people.stfx.ca/cdmacdon/N405Presentations/Joint Replacement.pdf](http://people.stfx.ca/cdmacdon/N405Presentations/Joint%20Replacement.pdf)
- WOOLF, A. D. e PFLEGER, B. **Burden of major musculoskeletal conditions**. Boletim (Vol. 81,p.11), 2003.
- YEH, L., et al. - **Effects of multimedia with printed nursing guide in education on self- efficacy and functional activity and hospitalization in patients with hip replacement. Patient Education and Counseling**. Ireland, Vol. 57, p.217-224. [Em Linha] (2005). [Consult. 13 Maio 2019] Disponível em WWW: <URL:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15911196>

- YOON, RICHARD S., [et al.] – **Patient education before hip or knee arthroplasty lowers length of stay. The Journal of Arthroplasty.** New York. [Em linha] (2010). [Consult. 3 abril 2019]. Disponível em WWW:<URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883540309000862>
- ZARZUELA, M. H. T. **Fisioterapia En La Prótesis Total De Cadera - Revision Bibliográfica.** Universidade de Valladolid. [Em linha] (2015). [Consult. 4 de maio 2019]. Disponível em WWW:<URL: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/10116>

Anexo I – Autorização da Comissão de Ética para a Saúde

	Realização de Projeto de Investigação Clínica Parecer nº 52/2018 -CES	Pág. 1 de 2
--	--	-------------

Comissão de Ética para a Saúde (CES)

<p>Data de Entrada no Secretariado da CES: Nº130 - 8-10-2018</p> <p>Assunto:</p> <p>O impacto da capacitação pré-operatória na pessoa submetida a artroplastia total da anca.</p>	<p>Solicitado pelo Conselho de Administração</p> <p>Em nome do(s) investigador(es):</p> <p>Sandra Cristina Ferreira Amaro, enfermeira, a exercer funções no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, aluna do 2º ano do V Curso de Mestrado da Escola Superior de Saúde do I.P. de Viana do Castelo</p>
--	--

1. A(s) questão(ões) colocada(s)

Pedido de autorização para realizar um estudo exploratório e descritivo, a decorrer até 31 de Março de 2019, mediante entrevistas a pessoas que venham a ser submetidas a ATA, no serviço de , entre Novembro de 2018 e Janeiro de 2019, que aceitem participar voluntariamente, com garantias de anonimato e confidencialidade., com o objetivo acima indicado, bem como descrever as diferenças de capacitação dessas pessoas (abrangidas por um programa de reabilitação prévio de reabilitação) e as pessoas que não o tiveram; analisar a percepção das pessoas com ATA relativamente ao programa de reabilitação instituído.

2. Fundamentação

Este estudo tem em vista a prevenção de complicações e melhoria da qualidade de vida. A ATA gera instabilidade ao nível da anca, impondo à pessoa a adoção de determinadas medidas preventivas, assumindo o enfermeiro de reabilitação um papel crucial em todo o processo, promovendo intervenções preventivas para assegurar que os doentes conservem as capacidades funcionais, para evitar mais incapacidade e imobilidade, prevenir complicações e defender a sua qualidade de vida, socialização e dignidade.

3. Conclusão/parecer

Mostram-se cumpridos os condicionalismos legalmente exigidos e constantes da "lista de verificação de documentos, nomeadamente quanto ao consentimento informado e à declaração de autorização pelo Diretor do serviço de

Deste modo, o projeto está conforme com as exigências do mod. Q755-CES, pelo que não foi encontrado qualquer obstáculo à emissão de parecer favorável.

Nota: Referências bibliográficas:

Foi apresentada alguma bibliografia.

Relator(es)	
Ratificado em reunião do dia	20-11-21018
Enviado parecer: / /	



Realização de Projeto de Investigação Clínica Parecer nº 52/2018 -CES	Pág. 2 de 2
--	-------------

20/11/2018

O Presidente da CES

Assinatura



Anexo II – Autorização do Diretor do Serviço de Ortopedia

DECLARAÇÃO

Declara-se para os devidos efeitos que, contempladas as condições e requisitos estabelecidos para este tipo de procedimentos, nomeadamente no que diz respeito ao parecer da Comissão de Ética da _____ não existe pela parte da Direcção do Serviço de Ortopedia, qualquer obstáculo à realização no contexto do Serviço _____ [do estudo sobre o “Impacto da capacitação pré-operatória na pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca” a ser desenvolvido e coordenado pela formanda do V Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Sandra Cristina Ferreira Amaro.]

_____, 10 de Outubro de 2018

APÊNDICE I – Plano de entrevista

PLANO DE ENTREVISTA

Data admissão: __/__/__	Data nascimento: __/__/__
GNI <input type="checkbox"/> GI <input type="checkbox"/>	
I - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
1- Idade __ __ Anos	
2 – Género	
Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	
3 – Nível de escolaridade:	
4 – Profissão/ Ocupação :	
5 - Estado civil:	

II - DADOS CLÍNICOS
1- Peso __
2 – Altura __
3 – IMC __
4 – Há quanto tempo foi diagnosticada a artrose na anca?
<input type="checkbox"/> Menos de 1 ano <input type="checkbox"/> 1 e 2 anos <input type="checkbox"/> 3 a 4 anos <input type="checkbox"/> 5 ou mais anos
5 – Sabe o que é a osteoartrose da anca?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
6 – Sabe o que é uma artroplastia total da anca (ATA)?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7–Sabe que cuidados deve ter após colocação de Prótese total da anca?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

III – Checklist de avaliação da capacitação	
A seguinte grelha de avaliação deve ser preenchida de acordo com a legenda abaixo identificada:	
A - Adquiriu competência	
B – Adquiriu competências (parcialmente)	
C – Não adquiriu competência	
	Avaliação
Prevenir a luxação	
Deve manter sempre uma almofada entre as pernas;	
Não deve fletir a anca operada mais de 90°;	
Não deve cruzar as pernas;	
Não deve sentar-se em cadeiras ou sanitas baixas;	
Não deve rodar a perna operada para dentro ou para fora;	
Não deve rodar na cama para o lado operado;	
Não deve elevar a perna com o joelho em extensão, acima da anca.	
Levantar-se	
Endireitar-se na cama, ficando quase em posição de sentado, mas mantendo a perna operada esticada e em linha;	
Na posição de sentado na parte lateral da cama, deve rodar o corpo da cama, mantendo a perna operada em extensão e alinhada;	
Colocar as mãos na cama, uma de cada lado, deslizar, fazendo pressão na perna não operada, e pôr-se de pé;	
Quando estiver de pé, deve apoiar-se no seu auxiliar de marcha.	
Deambular	
Para andar em plano: Avança primeiro com o dispositivo auxiliar de marcha, em seguida com a perna operada e por fim avança com a perna não operada.	
Subir e descer escadas	
Subir: Colocar primeiro a perna não operada no primeiro degrau, seguida pelas canadianas, e por fim o membro operado	
Descer: Colocar primeiro as canadianas no degrau inferior, em a perna operada, e por fim a perna não operada.	
Sentar e levantar	

<p>Sentar: Colocar-se em frente da cadeira, de modo a que a parte de trás das suas pernas, fique encostada à borda dianteira do assento da cadeira;</p> <p>Agarrar nos braços da cadeira, com uma mão de cada vez;</p> <p>Deslizar a perna operada para a frente, mantendo o joelho tão esticado quanto possível;</p> <p>Baixar-se até ficar sentado, apoiando as duas mãos na cadeira;</p>	
Levantar: exatamente a sequência contrária aos procedimentos de sentar.	

IV – Questões de percepção

- **Qual é a sua percepção relativamente ao Programa de Reabilitação que lhe foi feito na admissão?**
- **Qual o contributo do PR para a sua recuperação após a cirurgia?**

APÊNDICE II – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Designação do estudo: **O Impacto da capacitação pré-operatória na pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca.**

Se aceitar participar neste estudo, por favor, assine no espaço abaixo.

Eu, abaixo assinado, (nome completo) _____, tomei conhecimento do objetivo do estudo de investigação, realizado por Sandra Cristina Ferreira Amaro, a frequentar o V Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, e da forma como vou participar no referido estudo.

Os dados recolhidos serão completamente anónimos e só serão utilizados nesta investigação. É, pois, muito importante poder contar com a sua colaboração nesta investigação. Peço-lhe que leia este documento com atenção.

Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. **Compreendi que o presente estudo tem como objetivo analisar o impacto da capacitação pré-operatória na pessoa submetida a artroplastia total da anca.**

Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo para a minha pessoa.

Postos estes factos, concordo em participar no referido estudo de investigação.

Data: __/__/__

Assinatura do participante: _____

A investigadora responsável:

Assinatura:

APÊNDICE III – Matriz de redução de Dados

Matriz de redução de dados

Área temática 1 - Percepção relativamente ao programa de reabilitação		
Categorias	Unidades de análise	n.º p.
Utilidade do Programa de Reabilitação	<p>“Achei muito boa ideia... pude fazer os exercícios antes de ser operado.” Q1</p> <p>“Foi proveitoso e recomendo... já tinha colocado uma prótese há sete anos... e depois dos exercícios foi muito mais fácil, muito melhor...” Q3</p> <p>“Achei que os exercícios fazem muita falta... porque quando entramos não sabemos nada.” Q2</p> <p>“Eu acho que os exercícios deviam ser feitos mas não só uma vez, era várias vezes.” Q6</p> <p>“Estes ensinamentos são importantes para não estragar o que foi feito... tenho feito muitas vezes os exercícios que me ensinaram... estes ensinamentos são necessários, tudo o que for para ajudar na recuperação é bom...” Q9</p> <p>“Ajudou as suas instruções... falou de coisas muito importantes.” Q13</p> <p>“Foi importante o que me ensinaram, é que me tem servido para agora...” Q14</p>	7
Necessidade da existência de um Programa de Reabilitação	<p>“...acho que todas as pessoas deviam fazer os exercícios antes da operação, senti-me mais seguro...” Q10</p> <p>“...os exercícios serviram-me muito... era importante que fosse feito a todos os doentes...” Q11</p> <p>“É uma mais valia alguém ensinar estas coisas antes da cirurgia...” Q15</p>	3

Legenda: Q – questionário; n.º p. – número de pessoas

Área temática 2 - Contributo do programa de reabilitação para a sua recuperação após a cirurgia			
Categorias	Subcategorias	Unidades de análise	n.ºp.
Capacitação	Cuidados a ter com a PTA	<p>“Ajudou muito na recuperação, no sentido de que já sabia o que ia fazer e os cuidados que tinha que ter...” Q1</p> <p>“O que a enfermeira ensinou ajudou porque assim eu já sabia o que ia fazer e os cuidados que tinha que ter depois de pôr a prótese...” Q2</p> <p>“...somos para aqui uns velhos parados... qualquer coisa esquece, foi bom para lembrar os cuidados a ter com a prótese.” Q3</p> <p>“Achei importante a informação que me foi transmitida acerca dos movimentos que podia fazer, porque não tinha noção das limitações que iria ter...” Q5</p> <p>“...fiquei mais alerta com os cuidados a ter com uma prótese... eu não sabia. Eu sabia que tinha que ter alguns cuidados...mas agora estou mais alerta...” Q6</p> <p>“Estes ensinamentos são importantes para não estragar o que foi feito...” Q9</p> <p>“Estes ensinamentos são necessários, não sabia que tinha que comprar o apoio para a sanita, senão a prótese pode sair do sítio.” Q12</p> <p>“...fiquei mais alerta para os cuidados a ter com a minha prótese. Serviu muito, que eu já estava muito esquecido desde a outra prótese...” Q13</p>	8
	Exercícios de reabilitação	<p>“...pude fazer os exercícios antes de ser operado. Fui fazendo os exercícios sozinho antes e depois da operação” Q1</p> <p>“...os exercícios ajudam a recuperar mais rápido.” Q2</p>	7

Autonomia		<p>“...depois dos exercícios foi muito mais fácil, muito melhor...” Q3</p> <p>“Foi útil... fiz o programa 2 vezes antes da cirurgia.” Q4</p> <p>“Foi mais fácil fazer os exercícios depois da cirurgia...” Q5</p> <p>“Eu acho que os exercícios deviam ser feitos... mas não só uma vez, era várias vezes...” Q6</p> <p>“...acho que todas as pessoas deviam fazer os exercícios antes da operação, senti-me mais seguro...” Q10</p>	
	Conhecimento sobre a patologia e sobre a cirurgia	<p>“Já tinha uma prótese, mas desta vez fiquei mais esclarecido... percebi o que era uma artrose e uma prótese.” Q4</p> <p>“...fiquei mais esclarecida e mais tranquila sobre a operação que ia fazer.” Q5</p> <p>“Acho que era melhor ensinar sempre um bocadinho antes da cirurgia, porque uma pessoa não sabe nada... depois de me ensinarem fiquei mais esclarecido, e recomendo.” Q7</p>	3
	Deambulação	<p>“Foi importante o que me ensinou, é que me tem servido para agora... vou sozinha andar no corredor com as canadianas...” Q14</p> <p>“...agora sei andar bem com as canadianas e não sabia. É uma mais valia alguém ensinar estas coisas antes da cirurgia, e agradeço por isso.” Q15</p>	2
	Subir e descer escadas	<p>“...precisava de afinar algumas coisas, tinha dúvidas no subir e descer escadas e os ensinamentos da enfermeira ajudaram muito.” Q8</p>	1
	Transferência/levantar	<p>“...o primeiro levantar correu bem, o entrar e sair da cama, foi mais fácil...” Q8</p> <p>“Foi importante, foi mais fácil levantar, ainda agora me levantei sozinho...” Q11</p>	2
	Cuidado pessoal/higiene/eliminação	<p>“...era importante que fosse feito a todos os doentes porque a gente assim anda melhor, vou sempre à casa de banho sozinho...” Q11</p>	1

Legenda: Q – questionário; n.º p. – número de pessoas